Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 06. - Paris: Masson, 1907.
Cote : 90152, 1907, n° 06

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1907x06

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

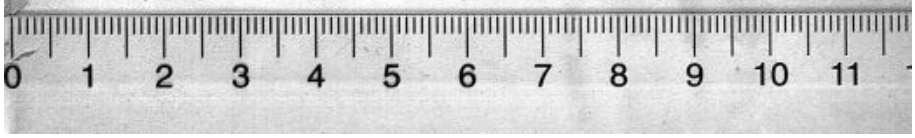
JOURNAL

DE

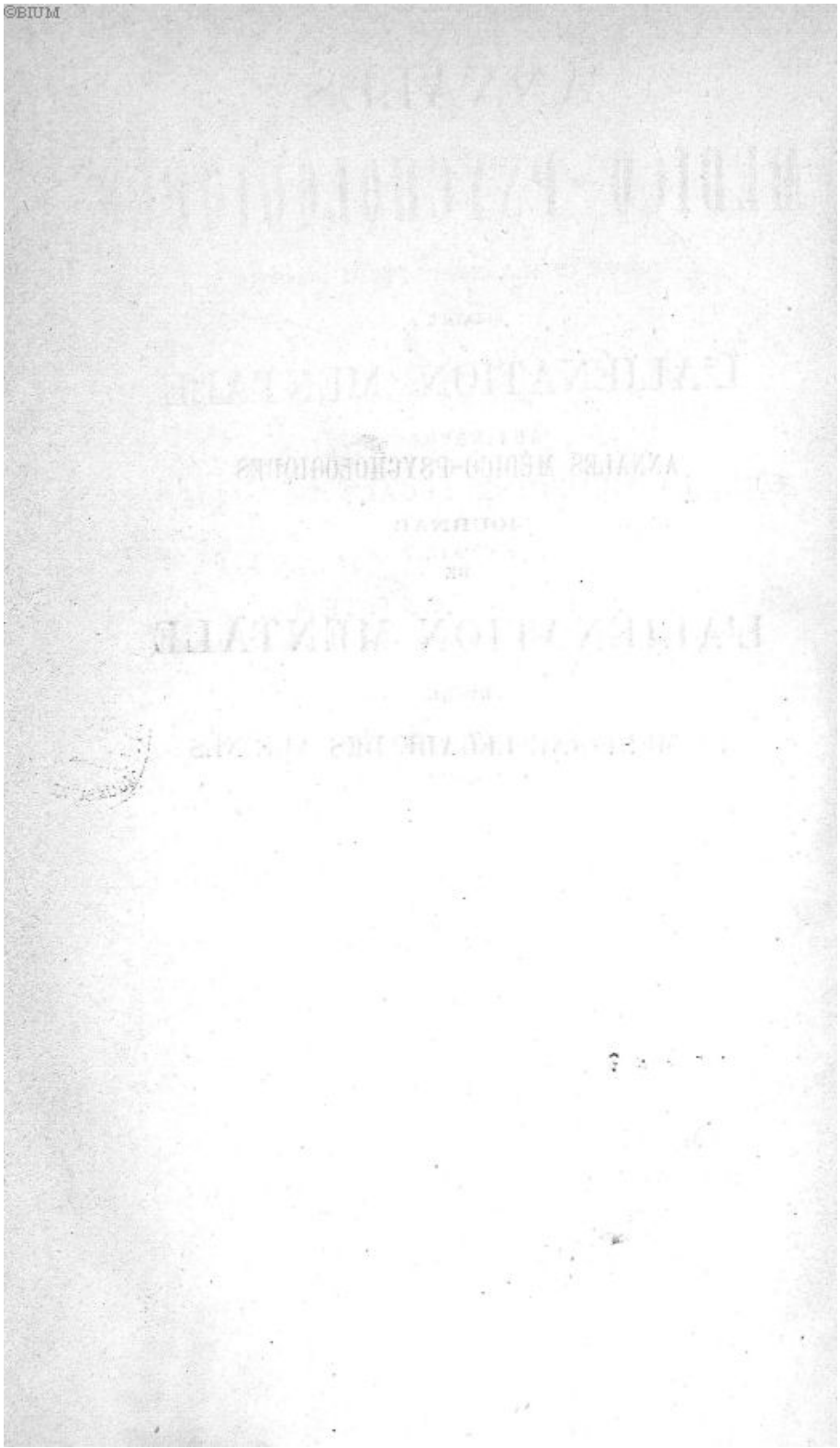
L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



©BIUM



©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

NEUVIÈME SÉRIE — TOME SIXIÈME

SOIXANTE-CINQUIÈME ANNÉE

90152

PARIS

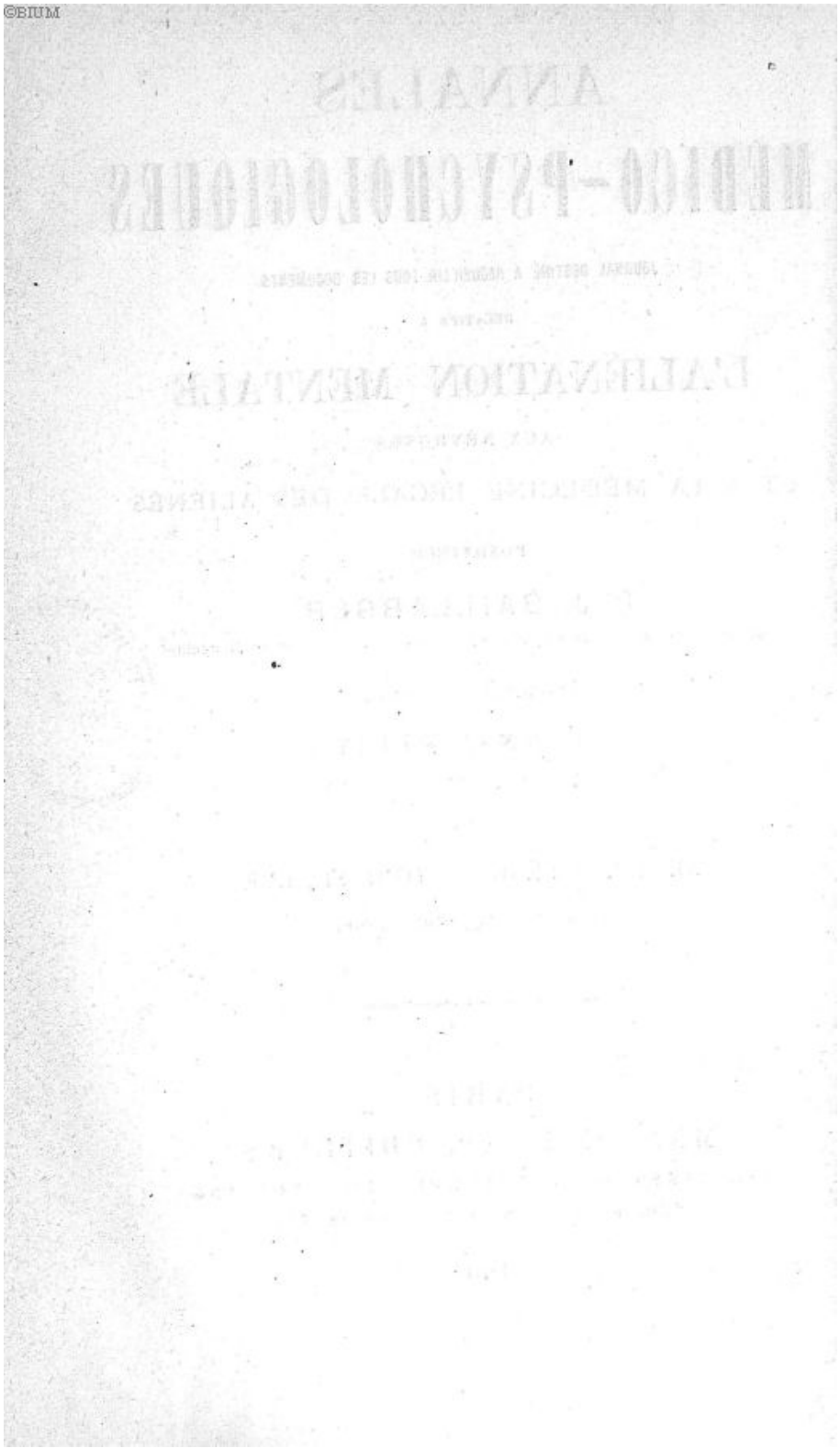
MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1907

©BIUM



©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Pathologie.

—

LES TROUBLES PHONÉTIQUES
DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par le Dr Roger MIGNOT
Médecin en chef de la Maison nationale de Charenton.

Tous les auteurs qui ont traité de la démence précoce, et plus spécialement le Dr Sérieux, ont insisté sur la fréquence et l'importance des troubles du langage dans cette maladie. En signalant ces troubles, ils avaient plus particulièrement en vue la verbigération, la jargonaphasie, le parler nègre, les néologismes, les stéréotypies verbales, l'écholalie et le mutisme. Il apparaît, sans qu'il soit besoin ici de le démontrer, que toutes ces anomalies de l'expression verbale des idées résultent de perturbations dans les relais supérieurs de la

©BIUM

chaîne de neurones qui s'étend des centres d'idéation aux centres corticaux du langage articulé et finit aux centres moteurs des divers organes de la phonation. En d'autres termes, on a étudié surtout dans la démence précoce ces troubles du langage qui, selon la terminologie du professeur Joffroy, méritent le qualificatif de psycholaliques.

Les troubles phonétiques, c'est-à-dire ceux qui dépendent du fonctionnement anormal des relais les plus inférieurs des voies nerveuses du langage, ont certes été remarqués dans la démence précoce; mais à notre avis leur importance, leur fréquence, leurs caractères n'ont pas été suffisamment mis en évidence, aussi nous leur avons consacré la présente étude. La phonation étant, parmi les manifestations motrices systématisées, une de celles qui résultent de coordinations nerveuses les plus complexes, autant par suite de la multiplicité des muscles qui entrent en contraction que par suite de la délicatesse des mouvements à exécuter, il n'est pas étonnant que dans un état démentiel ce complexus perde de sa précision.

Quelque soin que l'on mette à décrire des troubles phonétiques, on ne peut espérer, par les faibles moyens d'une description graphique, en donner la physionomie véritable et parfaitement expressive. Il faudrait avoir recours à l'enregistrement et à la reproduction phonographique ainsi que l'a fait le professeur Joffroy pour les troubles de la parole des paralytiques généraux. A défaut d'une représentation réelle de la voix et de la diction des déments précoces, il est possible de donner une description des variations pathologiques que subissent les divers éléments constitutifs du langage extériorisé par la parole.

Avec les physiologistes, il faut distinguer dans la voix les qualités d'*intensité*, de *hauteur* et de *timbre*.

©BIUM

A ces qualités fondamentales, nous ajouterons, comme concourant à donner à la voix et à la diction leur expression complète, le *rythme*, l'*intonation* et l'*articulation*.

Sans nous lancer dans des définitions qui prêteraient facilement à la critique, mais pour bien fixer la valeur que nous accordons à ces termes, rappelons que l'intensité de la voix répond à sa puissance faible ou forte et que sa hauteur dépend de son registre bas ou de poitrine, élevé ou de tête. Le timbre est cette qualité spéciale, indéfinissable, mais connue de tous, qui nous permet de reconnaître la voix de nos intimes. Par rythme, nous entendons la diction, le débit lent ou rapide, suivi ou irrégulier. L'intonation, c'est la musique du langage parlé, c'en est la teneur expressive et émotionnelle. Par articulation enfin, il faut comprendre l'acte qui aboutit à faire entendre, par le jeu de l'appareil vocal, des sons distincts.

Les variations individuelles pour chacune de ces qualités du langage parlé sont très grandes ; il est évidemment impossible de préciser en pareille matière et de délimiter d'une manière exacte le domaine de l'état normal de celui de l'état pathologique. Mais cette imprécision est fréquente en clinique, surtout en ce qui concerne les signes morphologiques ; nous savons tous pourtant reconnaître l'asymétrie faciale physiologique de celle qui est un stigmate de dégénérescence. De même, en écoutant parler les déments précoces, on est frappé des modifications de la phonation, si on la compare à celle des individus normaux ou même à celle des délirants systématisés et des malades atteints d'une psycho-névrose. L'examen analytique du langage parlé, en tenant compte des points de repère ci-dessus établis, accentue les anomalies en même temps qu'il les définit.

Nous aurions pu faire cette étude des troubles pho-

©BIUM

nétiques dans la démence précoce en utilisant les malades qui se trouvent actuellement dans notre service à Charenton ; mais plusieurs raisons nous ont engagé à présenter les observations recueillies par nous dans le service du Dr Sérieux, dont nous avons été l'interne et le médecin assistant : tout d'abord cela nous évitera de discuter pour chaque cas le diagnostic de démence précoce ; d'autre part, notre travail viendra s'ajouter à des études diverses faites sur les mêmes malades par Sérieux, Masselon, Dromar, Pascal, Ducosté et nous-même ; enfin ces observations, dont nous avons simplement extrait les troubles du langage, ont été recueillies à une époque déjà éloignée et sans idées préconçues sur l'existence et les caractères des troubles phonétiques dans la démence précoce.

Obs. I. — Georges, âgé de cinquante ans, présente des troubles mentaux depuis trente années. Après une période d'excitation suivie d'un état de confusion, il est tombé dans un état démentiel avec agitation incessante, impulsion et gâtisme. (Démence hébéphrénique.)

Troubles phonétiques. — Tout en allant et venant sans discontinuer, Georges marmotte, d'une manière mal articulée, des phrases incohérentes et stéréotypées où l'on reconnaît surtout des mots grossiers, des exclamations et des injures. Ce malade s'exprime ainsi à voix basse, mais en modulant ses phrases d'une façon très chantante ; on constate, en outre, une sorte de rythme anormal, entrecoupé de petits éclats de rire. En même temps, la face est agitée de tics divers, roulements, clignements d'yeux, élévation de la lèvre supérieure, etc.

Obs. II. — Alexis, âgé de quarante ans, est atteint depuis vingt ans de démence précoce sans délire, mais avec un affaiblissement intellectuel notable, des stéréotypies et des tics nombreux. (Démence hébéphrénique.)

Troubles phonétiques. — Les particularités du langage d'Alexis portent sur le rythme et l'intonation : les phrases sont rarement débitées selon une allure régulière ; des points d'orgue inutiles, des poses prolongées sans raison, parfois au

©BIUM

contraire une précipitation sans motif rendent le débit tout à fait arythmique.

Les troubles de l'intonation sont des plus marqués; tous les propos d'Alexis, toutes ses réponses sont articulés sur un ton de niaiserie grotesque et avec ces accentuations outrées qu'adoptent les pîtres et les jocrisses.

Obs. III. — Jules, cinquante-quatre ans, interné à l'âge de dix-neuf ans, à la suite d'un délire mal systématisé de persécution, a présenté un état d'affaiblissement psychique qui a persisté depuis, sans aucun changement. (Démence hébéphrénique.)

Troubles phonétiques. — Il n'existe pas d'autres troubles qu'un affaiblissement de la voix qui oblige l'auditeur à prêter l'oreille avec attention pour comprendre ce que Jules prononce.

Obs. IV. — Albert, âgé de vingt-six ans, est tombé malade à dix-sept ans. Il a traversé tout d'abord une phase délirante à laquelle a fait suite de l'excitation maniaque. Actuellement, il présente le tableau de la démence hébéphrénique.

Troubles phonétiques. — Les troubles psycholaliques prédominent, mais il existe aussi des troubles phonétiques; le ton est plutôt élevé, le timbre eunucoïde, l'intonation légèrement chantante et le débit interrompu par des hésitations que prolonge l'exclamation « eu... eu... » si fréquente chez les enfants. En somme, le puérilisme caractérise le langage de ce malade.

Obs. V. — Paul, trente-huit ans, malade depuis l'âge de dix-sept ans. Après une période de grande activité délirante et d'agitation hébéphrénique, ce malade est tombé dans l'indifférence, l'apathie, la stéréotypie et le gâtisme. (Démence hébéphrénique.)

Troubles phonétiques. — Les réponses laconiques plusieurs fois répétées inutilement ont une intonation inexpressive, le débit en est traînard et le timbre nasillard; nulle expression mimique; ton inutilement élevé.

Obs. VI. — Antonin, trente-huit ans; la maladie, à la suite d'une longue phase neurasthéniforme, a débuté à vingt-huit ans par un état de confusion hallucinatoire auquel a succédé de l'affaiblissement intellectuel accompagné d'impulsions fréquentes et de tics nombreux. (Démence hébéphrénique.)

Troubles phonétiques. — Antonin ne cause jamais spontanément, mais répond quand on l'interroge; ses réponses sont habituellement précédées de grognements, de bruits respiratoires, de bruits de déglutition; elles sont courtes et prononcées

©BIUM

très rapidement et d'une manière explosive. Parfois la réponse se confond avec la question posée par l'interlocuteur. L'articulation et le timbre sont corrects ; l'intonation est uniforme.

Obs. VII. — Gustave, quarante ans, est devenu mélancolique à vingt ans, puis il a été interné à l'occasion d'un délire polymorphe avec hallucinations. Dès l'âge de vingt-sept ans, il a été reconnu comme dément ; actuellement, démence apathique avec stéréotypies multiples. (Démence hébéphrénique.)

Troubles phonétiques. — Le malade ne cause jamais spontanément ; des questions pressantes n'obtiennent que des réponses laconiques prononcées sur un ton si faible et dont les termes sont si mal articulés qu'on en saisit avec peine le sens général. Souvent le début de la réponse succède sans aucune transition à la fin de la question ; mais ce début de réponse, véritable réflexe moteur verbal à l'excitation sensorielle auditive, est formé tantôt d'un mot en rapport logique avec la question, tantôt d'une exclamation, tantôt d'un terme écholalique.

Obs. VIII. — Frédéric, quarante et un ans, est interné depuis 1870 pour un état démentiel caractérisé par le ralentissement de toutes les fonctions psychiques, par des stéréotypies, des tics, des impulsions et du gâtisme. (Démence hébéphrénique.)

Troubles phonétiques. — Sauf des exclamations ou des jurons nettement compréhensibles, les quelques mots prononcés par le malade sont si mal articulés et prononcés sur un ton si faible et d'une manière si rapide qu'il est impossible d'en saisir le sens. Frédéric présente en outre le phénomène suivant : la question est à peine posée qu'elle provoque un réflexe vocal qui se confond avec les derniers mots de l'interlocuteur. Les propos s'accompagnent de hoquets, d'expirations brusques, de soupirs et d'un rictus sardonique.

Obs. IX. — Henri, quarante-six ans, est tombé malade à vingt-deux ans au régiment ; à la suite d'un état d'excitation maniaque accompagné d'un délire polymorphe il s'est affaibli intellectuellement. Actuellement, c'est un malade verbigérant, stéréotypé et tiqueur. (Démence hébéphrénique.)

Troubles phonétiques. — Lorsque Henri répond aux questions qui lui sont posées, il le fait d'une voix retentissante et bien articulée, mais le timbre en est étrange et rappelle celui de Polichinelle. En outre, les phrases ne sont pas prononcées sur le rythme régulier, il y a des poses, des suspensions inutiles ou mal placées ; enfin, l'intonation est uniforme. Des grimaces

©BIUM

faciales, des battements de paupière, des mouvements d'yeux accompagnent les discours.

Obs. X. — Marius, trente ans, est atteint depuis huit ans d'un état d'affaiblissement intellectuel, avec quelques idées délirantes très vagues ; il existe des impulsions, de la verbigération et des stéréotypies (démence hébéphrénique).

Troubles phonétiques. — Les réponses se font attendre un instant, puis, dès les premiers mots, le débit devient extrêmement rapide, ce qui, joint à une articulation insuffisante, rend le langage de ce malade très difficile à comprendre. L'intonation est inexpressive, le ton est faible, le timbre normal.

Avant d'entendre la parole, on voit toute la face s'animer de frémissements et de grimaces, surtout dans le domaine du frontal, des sourciliers et des orbiculaires des paupières.

Obs. XI. — Henry, soixante et un ans, est interné depuis l'âge de vingt-neuf ans. Depuis 1878, il est considéré comme dément. Actuellement, nous constatons que l'affaiblissement intellectuel est très profond ; ce malade vit dans un état d'agitation continuelle, sans cesse il est en mouvement et il cause d'une manière ininterrompue.

Troubles phonétiques. — Le débit du verbiage de Henry est extrêmement rapide, et les intonations sont très accentuées : on dirait un acteur qui outre son jeu. Néanmoins, l'articulation reste indistincte et le ton peu élevé.

Tout en parlant, ce malade se livre à une mimique faciale et à des gestes exagérés, bien que le contenu de ses discours n'exprime que les idées les plus insignifiantes.

Obs. XII. — Gabriel, trente-trois ans ; à l'âge de dix-huit ans, après une courte période délirante, est tombé dans un état démentiel caractérisé par de l'inertie, de l'indifférence, du négativisme, et par l'absence de toute manifestation intellectuelle et affective.

Troubles phonétiques. — D'une manière habituelle, Gabriel garde un mutisme complet ; parfois les questions impératives obtiennent comme réponse un murmure inarticulé, d'un timbre guttural et dont l'intonation est inexpressive.

Obs. XIII. — Louis, quarante et un ans, est malade depuis l'âge de vingt-six ans. Après une période d'excitation, suivie de stupeur catatonique avec impulsions et gâtisme, ce malade est tombé dans un état démentiel compatible avec une certaine activité. C'est un des travailleurs du service.

Troubles phonétiques. — Il n'existe pas de troubles phoné-

©BIUM

tiques appréciables, mais quelques troubles psycholaliques : écholalie, néologismes, stéréotypies verbales.

Obs. XIV. — Edouard, né en 1842, a été interné, à trente-sept ans, à la suite d'un accès d'agitation coexistant avec des idées vagues de persécution. Rapidement, ce malade s'est affaibli intellectuellement, en même temqs que disparaissaient ses conceptions délirantes. Actuellement, et depuis des années, il se montre indifférent, passif, désœuvré et privé de tout sentiment affectif. Il s'agit, en somme, d'un cas de démence précoce simple.

Troubles phonétiques. — Le seul trouble consiste dans un affaiblissement de l'intensité normale de la voix; les réponses courtes, mais correctes, ne sont comprises qu'à la condition de prêter l'oreille.

Obs. XV. — Charles, âgé de quarante-deux ans, est interné depuis l'âge de vingt ans. Après une période de stupeur et de catatonie, est apparu un état d'agitation automatique avec gâtisme. Ce malade est actuellement parvenu au dernier degré de la démence.

Troubles phonétiques. — Charles, lorsqu'on l'interroge, ne fournit aucune réponse compréhensible; il n'émet que quelques sons à voix basse et non articulés qu'accompagne un rictus.

Obs. XVI. — Francis, vingt-huit ans, a été interné il y a six ans, à la suite d'un état de confusion hallucinatoire auquel ont fait suite des alternatives d'excitation et de stupeur catatonique. Actuellement, démence catatonique avec verbigération et impulsions fréquentes.

Troubles phonétiques. — Quand Francis se décide à parler, on voit tous les muscles de la face entrer en trémulation, mais il y a comme une hésitation, aucun son ne s'échappe de la bouche; on croirait qu'il ne va pas répondre, puis brusquement, d'une façon explosive, il prononce une phrase, en général très courte, sur un ton peu élevé et d'une manière saccadée. Le malade n'arrive pas toujours à fixer la hauteur de sa voix au diapason normal; il passe des notes graves aux notes aiguës au cours de la même conversation, de la même réponse parfois.

Obs. XVII. — Alfred a trente-sept ans; la maladie mentale dont il est atteint a débuté à vingt et un ans par un accès de stupeur auquel a fait rapidement suite un état chronique d'agitation avec affaiblissement intellectuel. Actuellement, la déchéance mentale est complète et l'agitation incessante (démence catatonique).

©BIUM

Troubles phonétiques. — Alfred cause d'une manière incessante et sur un ton très faible. Le débit précipité, l'articulation incomplète, rendent les propos généralement inintelligibles, bien que l'intonation reste nuancée. Lorsque Alfred élève la voix, on est frappé par son timbre guttural. Les discours, composés de mots mis, sans aucun lien, à la suite les uns des autres, sont séparés par des soupirs, des sifflements, des bruits respiratoires; en même temps, la face est animée de mouvements étendus et incessants par une mimique exagérée.

Obs. XVIII. — Gabriel, vingt-sept ans. Le début des troubles mentaux a été marqué à seize ans par une période de dépression catatonique à laquelle ont fait suite des accès d'agitation très violents, accompagnant un délire mal systématisé. Actuellement, Gabriel est complètement dément; l'agitation est continuelle; le délire, très réduit, est complètement incohérent; il existe des stéréotypies, de la verbigération, du négativisme, des tics très nombreux et des impulsions violentes (démence catatonique).

Troubles phonétiques. — Gabriel cause d'une manière incessante et sur un ton très faible, si bien que souvent on ne peut comprendre ce qu'il dit; en même temps, il s'exprime avec une extrême volubilité; on dirait un enfant qui récite une leçon par cœur, sans tenir compte de la ponctuation. Parfois, il élève la voix au diapason normal en même temps que son débit s'accélère encore; l'articulation est alors très nette.

Malgré la rapidité et le ton bas habituel, l'intonation est conservée. Tout en parlant, le malade dandine la tête et le corps à la manière d'un ours, et se frotte les mains paume contre paume.

Obs. XIX. — Simon, quarante-cinq ans, est tombé malade à l'âge de seize ans. Après un accès maniaque suivi de stupeur catatonique et de sitiophobie, il est devenu complètement dément. Malgré l'ancienneté de la maladie, les manifestations catatoniques persistent (démence catatonique).

Troubles phonétiques. — Pas de langage spontané. Les questions simples obtiennent, d'une manière instantanée, de courtes réponses, prononcées d'une façon explosive, sur un rythme irrégulier, entrecoupé de longs points d'orgue; la voix est forte, l'articulation est correcte, malgré un débit très rapide. Le timbre de la voix est celui d'un enfant, de même que l'intonation. En parlant, Simon avance les lèvres en groin; il n'a aucune mimique expressive.

©BIUM

Obs. XX. — Joseph est âgé de trente-huit ans. Les premières manifestations morbides remontent à l'âge de vingt-trois ans. Elles se sont tout d'abord traduites par des accès de confusion hallucinatoire; après quelques alternatives d'excitation et de dépression, il est devenu catatonique, puis est tombé dans la démence (démence catatonique).

Troubles phonétiques. — Actuellement, le malade bavarde d'une manière ininterrompue. La voix est peu élevée, le timbre est fortement guttural, l'articulation est assez nette, l'intonation est à la fois très modulée et enfantine, le débit est très rapide. Quand on parle dans le voisinage de Joseph, il élève la voix comme pour dominer le bruit. La mimique faciale est outrée.

Obs. XXI. — Emile, quarante ans, a présenté vers trente ans un délire hypocondriaque auquel a fait suite de la catatonie, puis peu à peu il est devenu dément, avec de la verbigération, des tics nerveux, des impulsions, des stéréotypies (démence catatonique).

Troubles phonétiques. — Emile parle très bas; en outre, la plupart du temps le timbre est nul, comme dans l'aphonie. Le débit est profondément troublé : tantôt la réponse se fait attendre, tantôt, au contraire, elle se précipite, empiétant pour ainsi dire sur la question, enfin, les phrases sont interrompues par des séries de tics de la face et par des bruits respiratoires et de déglutition.

Obs. XXII. — Augustin, âgé de cinquante et un ans, a été interné à vingt-deux ans pour un état dépressif; rapidement, après une courte période de confusion, il s'est affaibli intellectuellement et il est actuellement dans un état démentiel avec un délire incohérent. (Démence paranoïde.)

Troubles phonétiques. — Ce malade est habituellement dans le mutisme, mais parfois il lit à haute voix; on constate alors qu'il ne présente aucun trouble, sauf une intonation outrée, déclamatoire.

Obs. XXIII. — Georges, cinquante-trois ans. Le début a été marqué, il y a dix-sept ans, par un délire polymorphe avec agitation très vive, rapidement suivi d'affaiblissement intellectuel. Actuellement, démence paranoïde type.

Troubles phonétiques. — Il n'y a pas de troubles phonétiques.

Obs. XXIV. — Jacob, trente ans, est interné depuis l'âge de vingt-trois ans pour un délire incohérent de grandeur et de persécution avec impulsions et fugues.

©BIUM

Ce malade a traversé une phase de confusion avec mutisme, immobilité, incontinence des réservoirs et refus d'aliments. Actuellement, démence paranoïde.

Troubles phonétiques. — Le malade s'exprime d'une manière tout à fait anormale : les mots ont une peine extrême à sortir de sa bouche ; on dirait qu'il a à lutter contre une résistance à l'articulation des sons ; toute sa figure s'anime de mouvements avant qu'un seul mot soit prononcé ; chaque membre de phrase est séparé du suivant par une pose très prolongée ; même dans les revendications les plus véhémentes, le ton reste bas, mais l'intonation est plutôt exagérément expressive et affecte ainsi un caractère théâtral, ce qui contraste avec le ton peu élevé des discours. Le timbre n'offre rien de particulier.

Obs. XXV. — Auguste, vingt-sept ans. Depuis l'âge de dix-huit ans est atteint d'un délire de grandeur incohérent avec verbigération, stéréotypies, impulsions, négativisme. C'est un cas typique de démence paranoïde.

Troubles phonétiques. — Les troubles psycholaliques sont des plus marqués. Le malade récite avec une extrême volubilité des phrases stéréotypées ; la voix est alors claironnante, les mots sont bien articulés et, malgré la longueur et la bizarrerie des néologismes, on les perçoit nettement. Par contre, lorsqu'il a à répondre à une question simple, le débit est lent, hésitant, avec des poses inutiles, et se fait sur un ton peu élevé, parfois même s'achève en un murmure indistinct ; puis, tout d'un coup, il devient rapide et nettement articulé par suite de l'emploi d'une formule habituelle. L'intonation est le plus souvent outrée. Le timbre reste normal.

Obs. XXVI. — Pierre, quarante-neuf ans ; a été interné à trente-huit ans pour un délire incohérent, mais très actif. Depuis, il est tombé dans le mutisme et il a pris des habitudes stéréotypées. Le délire persiste et, depuis sept ans, Pierre refuse l'alimentation ; au moment où on va lui passer la sonde, il prononce sans aucun trouble phonétique la phrase suivante : « Je vous défends de me nourrir ».

Obs. XXVII. — Ferdinand, trente-sept ans. Etait à vingt-six ans atteint, depuis plusieurs années, d'un délire de persécution avec hallucinations nombreuses. Interné, les idées de grandeur se sont rapidement développées, puis sont apparus des signes d'affaiblissement intellectuel. Actuellement, c'est le type du dément paranoïde.

Troubles phonétiques. — Ce malade est en général dans le

©BIUM

mutisme ; les quelques phrases que nous sommes arrivés à lui arracher étaient correctes.

Obs. XXVIII. — Roger, cinquante-sept ans, a été interné à trente-quatre ans pour un état mélancolique avec hallucinations nombreuses, auquel a fait suite rapidement un état démentiel. Actuellement, sur un fond d'affaiblissement intellectuel très marqué, subsistent des préoccupations hypocondriaques et des idées incohérentes de grandeur et de persécution. (Démence paranoïde.)

Troubles phonétiques. — D'une manière habituelle, Roger marmotte tout bas et d'une façon inintelligible, mais, par moments, sa voix s'élève crescendo et il déclame alors, à tue-tête, sur un rythme sautillant, des phrases stéréotypées. On constate alors que le timbre est à la fois larmoyant et nasillard et que l'intonation est outrée. De plus, par instant, au milieu même d'une phrase, le registre de la voix du malade change brusquement : tantôt il est très grave, de poitrine, tantôt il devient aigu, flûté comme celui d'un enfant.

Obs. XXIX. — Théophile, quarante ans. Interné depuis l'âge de vingt-deux ans ; atteint de démence paranoïde.

Troubles du langage. — Il n'existe que des troubles psycholaliques, verbigérations et stéréotypies ; pas de troubles phonétiques.

Les vingt-neuf observations ci-dessus résumées nous permettent d'aborder maintenant l'étude des troubles phonétiques dans la démence précoce, tout d'abord d'une manière analytique, en précisant les modifications pathologiques que subit dans cette maladie chacun des divers éléments constitutifs de la voix et, ensuite, d'une manière synthétique, en décrivant les caractères généraux de ces troubles.

Troubles du rythme. — Les troubles du rythme de l'élocution sont de tous les troubles phonétiques les plus fréquemment signalés au cours de nos observations.

Le rythme du langage des déments précoces est rarement normal ; le plus souvent il est accéléré, explosif ou irrégulier.

La modification la plus habituelle (neuf cas) est l'*ac-*

©BIUM

célération du rythme: le malade s'exprime avec une telle volubilité que l'on a peine à le suivre ; les mots semblent tous réunis entre eux ; les poses, les suspensions nécessaires à la clarté de l'exposition des idées n'existent plus. On dirait que certains déments, à la façon des enfants, récitent, sans comprendre, une leçon apprise par cœur.

Cette rapidité anormale du débit n'est pas nécessairement en rapport avec un état d'excitation psychique, non plus qu'avec la surabondance des idées ; on la rencontre dans la démence apathique et elle s'observe dans la conversation au cours d'un interrogatoire comme dans l'expression spontanée des idées délirantes et des formules stéréotypées.

Il arrive que l'accélération du débit affecte un caractère *explosif* : le malade fait attendre sa réponse, puis, soudain, les mots s'échappent de sa bouche et se précipitent, le plus souvent alors en phrases courtes (quatre cas).

Voisin du débit explosif est le phénomène suivant que nous avons rencontré quatre fois chez nos malades : l'interlocuteur n'a pas fini sa question que déjà, brusquement, le malade semble commencer à répondre, mais il s'arrête aussitôt qu'on cesse de parler. Les mots prononcés dans ces circonstances sont habituellement incompréhensibles, parce qu'ils sont mal articulés et formés de consonances, d'exclamations plutôt que de termes véritables. Il s'agit là, en somme, d'un réflexe simple auditivo-verbal comparable à l'écholalie.

En opposition avec les modifications du rythme ci-dessus énumérées, on peut observer dans la démence précoce *le débit retardé* : on croirait que le malade va répondre ; déjà toute sa face s'anime, ses lèvres s'entr'ouvrent, mais aucun son ne s'échappe. On dirait qu'il y a un violent effort à faire, un obstacle à franchir ; parfois

©BIUM

on entend un son indistinct, puis le malade s'arrête, comme s'il était fatigué.

L'interlocuteur doit insister de nouveau et, après plusieurs tentatives, le malade n'arrive pas toujours à formuler sa réponse : une fois les premiers mots prononcés, le reste de la phrase vient généralement facilement. Cette difficulté de la mise en branle de la phonation ne dépend pas de l'aboulie à proprement parler, on l'observe en l'absence de tout état dépressif et alors que tous les autres mouvements volontaires, systématisés ou non, et en particulier ceux de l'écriture, s'exercent normalement.

L'*irrégularité du rythme* est une des anomalies les plus fréquentes du langage phonétique de nos déments précoces (sept cas). Nous avons vu que certains malades ne tenaient aucun compte des poses et des suspensions qui dans le langage parlé tiennent la place des points et des virgules ; d'autres, au contraire, abusent de ces interruptions, les prolongent en point d'orgue pendant une durée anormale, enfin, et surtout, les disposent tout à fait au hasard dans le cours des phrases. Il résulte de ce fait les rythmes les plus étranges et les plus variables, suivant la disposition, le rapprochement, l'éloignement, la durée de ces poses.

Telles sont les principales modifications que nous avons relevées dans le rythme du langage de nos déments précoces. Pour achever d'en donner une idée exacte, nous devons ajouter que ces diverses modifications ne s'excluent pas nécessairement les unes les autres, mais peuvent s'associer en formant de nombreuses combinaisons.

Troubles de l'intensité. — Par leur fréquence, les troubles de l'intensité occupent le second rang. Dans le plus grand nombre des cas, l'intensité normale de la voix est *affaiblie* (douze cas). C'est surtout en observant

©BIUM

ce trouble phonétique que l'on constate cette discordance, sur laquelle nous avons déjà insisté, entre l'état mental du malade et le caractère de la modification du langage. L'affaiblissement de l'intensité de la voix appartient logiquement aux sujets en proie à un état dépressif, de quelque maladie que celui-ci relève : paralysie générale, délire hallucinatoire, mélancolie d'involution, etc. ; dans la démence précoce, au contraire, nous voyons la voix faible coexister avec des idées de grandeur, un état cœnesthésique agréable, enfin avec de l'agitation. L'accélération du rythme du langage parlé s'associe même souvent avec l'affaiblissement de l'intensité normale, ce qui est également contradictoire.

On observe cette modification de la voix à des degrés très variables : parfois le ton est voisin du diapason normal ; d'autres fois, au contraire, on est obligé de tendre l'oreille pour saisir les paroles ; enfin, souvent, l'intensité de la voix est si faible, qu'il est impossible de saisir autre chose qu'un murmure incompréhensible. L'affaiblissement de l'intensité de la voix s'observe dans le dialogue comme dans le soliloque. Certains malades sont capables de la modifier ; d'autres, au contraire, malgré leurs efforts apparents, malgré les incitations de l'observateur, ne parviennent pas à causer sur un ton normal. L'effort expiratoire est insuffisant pour faire vibrer, comme il convient, les cordes vocales. D'un moment à l'autre, le degré de l'intensité peut varier ; nous avons des malades habituellement incompréhensibles quand on leur adresse la parole, qui prononcent par moments certaines phrases à haute voix, ou même en criant.

L'*exagération* de l'intensité de la voix est beaucoup plus rare que le phénomène contraire ; le plus souvent elle est intermittente, mais elle peut être continuelle. L'indépendance de ce trouble, par rapport aux états

©BIUM

émotionnels et aux idées délirantes anciennes ou actuelles, nous a paru moins manifeste que pour le trouble inverse ; néanmoins, elle existe dans certains cas. C'est ainsi que Henri et Paul répondent aux questions les plus banales sur un ton retentissant.

Troubles de l'intonation. — La fréquence des troubles de l'intonation chez les déments précoces est bien difficilement appréciable, en raison de la pauvreté des idées qu'ils expriment, du ton peu élevé de la voix qu'ils affectionnent et de la brièveté habituelle de leurs discours.

L'intonation est le plus souvent diminuée ou même absente, et cela est particulièrement bien mis en évidence, lorsque l'on arrive à faire lire les malades ; mais encore une fois il est fort difficile d'apprécier nettement les caractères de l'intonation, à moins qu'elle se trouve exagérée (neuf cas).

Ce trouble s'observe non seulement dans l'expression des idées délirantes, dans les phrases stéréotypées, dans les récitatifs incohérents, mais encore dans les conversations les plus banales, dans les propos les plus simples, dans la lecture de simples faits divers.

L'intonation peut être simplement outrée, c'est-à-dire que la mise en valeur des différentes parties de la phrase n'est pas en rapport avec le sens qui s'y trouve contenu ; le malade dira, par exemple, qu'il a déjeuné le matin, avec l'intonation que mériterait seule l'annonce d'un fait important. Mais le plus souvent l'intonation est à la fois exagérée et pervertie, les discours affectent un caractère prétentieux, théâtral, grandiloquent, ou, au contraire, burlesque, vulgaire, trivial. Ce trouble du langage des déments précoces a depuis longtemps frappé les observateurs, qui le rapportent au maniérisme.

Nous croyons que ces modifications de l'intonation ne sont pas, aux périodes terminales de la démence pré-

©BIUM

coce, en concordance avec l'état émotionnel des malades ; il s'agit là d'une manifestation de cette dissociation psychique qui, à notre avis, est à la base de tous les phénomènes psychologiques de la démence précoce.

Troubles de l'articulation. — A diverses reprises nous avons signalé la difficulté que l'on éprouve à comprendre le langage des déments précoces, abstraction même étant faite des cas où existent des néologismes, de la verbigération ou d'autres troubles psycholaliques. Cette difficulté peut résulter de la rapidité du débit ou de la faible intensité de la voix, mais elle dépend surtout des troubles de l'articulation ; il en est ainsi chez huit de nos malades.

Les troubles arthrolaliques des déments précoces sont très différents de ceux des paralytiques généraux ; chez ces derniers l'articulation est défectueuse par suite surtout du redoublement inutile, de la transposition, du changement des syllabes qui entrent dans la composition des mots ou bien encore à cause du tremblement, de l'incoordination des muscles phonateurs. Dans la démence précoce, il n'y a pas de perturbations analogues ; l'articulation est insuffisante, comme effleurée ; *les mouvements nécessaires à la phonation ne sont qu'ébauchés* ; de là résultent des modifications qui vont de l'articulation simplement peu distincte au murmure tout à fait incompréhensible. Chez un assez grand nombre de déments précoces, l'articulation est comparable à ces écritures pathologiques où le tracé est réduit à des traits sinueux au milieu desquels il est impossible de reconnaître les éléments constitutifs des mots. Dans un cas comme dans l'autre, il y a eu tentative de l'expression d'une pensée, mais la tentative a été infructueuse par suite de l'insuffisance ou du manque de précision des coordinations motrices.

Ce trouble phonétique peut être constant ou ne se

©BIUM

manifester que dans les soliloques ou bien au contraire être plus apparent dans la conversation, l'articulation redevenant correcte dans les formules stéréotypées.

L'articulation insuffisante coexiste souvent avec l'exagération du débit et l'affaiblissement de l'intensité de la voix.

Troubles de la hauteur. — Les variations pathologiques de la hauteur de la voix nous ont paru exceptionnelles ; néanmoins, nous avons pu les constater.

Chez deux de nos déments précoces nous avons observé la *voix bitonale* ; ces malades, comme dans la tyrolienne, passant alternativement du registre de poitrine au registre de tête. Il ne s'agit pas là d'un acte volontaire, les sujets cherchent manifestement à accorder leur voix, à trouver le ton moyen, mais ils n'y parviennent pas de suite.

Nous observons en ville, en ce moment, ce même phénomène d'une manière très nette chez un dément précoce, malade depuis deux ans seulement.

C'est là un trouble passager qui se constate surtout au début d'une conversation ou bien quand les malades sont sous le coup d'une émotion.

A l'état habituel, chez Albert et Simon, la voix a *un caractère eunucoïde*, c'est-à-dire qu'elle est d'un registre trop élevé par rapport à leur âge. Chez ces deux malades il n'existe aucune anomalie sexuelle, et l'on peut voir dans cette modification de la voix une manifestation spécialisée du puérilisme si fréquent dans la démence précoce.

Troubles du timbre. — De tous les troubles phonétiques, ceux du timbre sont les plus difficiles à apprécier en raison des variations étendues observées à l'état normal. Néanmoins parfois, et il en est ainsi chez huit de nos malades, le timbre affecte un caractère tel qu'il est possible de le déclarer pathologique. La famille des

©BIUM

malades est souvent la première à signaler le changement survenu dans la voix.

Des qualificatifs conventionnels peuvent seuls dépeindre ce caractère de la voix ; nous avons observé le timbre guttural (de beaucoup le plus fréquent), le timbre rauque, le timbre nasillard, le timbre de la voix de polichinelle, et enfin ce timbre spécial qu'affectionnent les pîtres et les jocrisses.

Troubles de la mimique et bruits anormaux surajoutés à la phonation. — Nous ne pouvons ici insister sur les troubles de la mimique dans la démence précoce, sans sortir du cadre que nous nous sommes tracé; mais nous devons les signaler, d'abord à cause des relations pathogéniques qui, à notre avis, existent entre eux et les troubles phonétiques et ensuite parce qu'ils contribuent à rendre anormale la phonation par l'exagération, l'absence ou la perversion des mouvements de la face et du corps adaptées à l'expression des idées. Treize de nos déments précoces ont des anomalies de la mimiqne.

Résultent également de perturbations motrices et concourent aussi à donner un caractère pathologique à l'élocution des malades ces bruits anormaux variés qui précèdent, succèdent ou s'intercalent dans les discours. Les uns sont de véritables tics, les autres en rapport avec des idées délirantes sont des stéréotypies; mais certains semblent bien résulter de l'*asynergie fonctionnelle* qui, pour nous, est à la base des troubles phonétiques. Ces bruits très variés se passent dans la bouche, le pharynx, le larynx, les fosses nasales ; ils se rapprochent ou s'identifient avec ceux produits par les actes du reniflement, du ronflement, du hoquet, du soupir, de la déglutition, du claquement de langue, etc.

Caractères généraux des troubles phonétiques. — Les vingt-neuf observations que nous avons rapportées ont trait à tous les déments précoces internés au pensionnat

©BIUM

de Ville-Évrard (division des hommes), au moment où nous nous y trouvions ; sur ce nombre, sept seulement ne présentaient aucun trouble phonétique appréciable. Le pourcentage de ce trouble est donc très élevé, et l'on peut dire que la voix et la diction ne se montrent normales que chez un petit nombre de déments précoces.

En se reportant au diagnostic de la variété à laquelle appartiennent les sept malades indemnes de troubles phonétiques, on voit que cinq sont atteints de démence paranoïde et deux de démence précoce fruste.

Nos observations ont trait à des sujets internés pour la plupart depuis longtemps ; ceci résulte des conditions du milieu où nous observions, et il serait, à notre avis, inexact d'en déduire que les troubles phonétiques sont un symptôme nécessairement tardif et terminal. Au début de la démence précoce, le langage parlé est, il est vrai, peu profondément modifié, mais déjà il est rarement normal et surprend, en particulier, par les variations pathologiques de l'intonation : les auteurs ont tous insisté sur le ton emprunté, emphatique, théâtral des discours des hébéphréniques. Nous reconnaissons pourtant que les troubles phonétiques n'apparaissent avec toute leur netteté qu'à la période d'état de la maladie.

Les caractères spécifiques des troubles que nous étudions sont l'*instabilité* de leur manifestation et la *discordance* entre l'expression phonétique et l'état intellectuel.

L'instabilité est variable suivant les sujets, mais elle semble d'autant plus grande que la maladie est moins ancienne. A quelques jours d'intervalle, le résultat des observations est différent, soit que les troubles disparaissent, soit qu'ils varient dans leur intensité, soit enfin qu'ils se remplacent les uns les autres. L'instabilité est dans la démence précoce un caractère qui n'est pas spécial aux troubles phonétiques ; il est commun aux autres

©BIUM

troubles moteurs ou sensitifs : nous avons personnellement reconnu et décrit l'inconstance des symptômes pupillaires et, en particulier, de l'inégalité et des altérations réflexes.

Les variations phonétiques observées chez les déments précoces tirent leur principale valeur symptomatique du fait de la discordance qui existe souvent entre leur signification expressive et l'état intellectuel des malades. Cette discordance se traduit par un défaut d'adaptation entre la phonation et l'état de l'intelligence, de la sensibilité morale et des diverses modalités du langage intérieur et extérieur.

Il est pour ainsi dire normal qu'un malade déprimé cause bas et lentement, qu'un maniaque s'exprime sur un ton élevé et avec rapidité, que l'intonation soit exagérée chez celui qui émet des idées de grandeur, etc. ; mais, en dehors même des cas où, du fait seul de leur intensité, ces variations de la voix revêtent un caractère morbide, elles apparaissent comme indiscutablement pathologiques lorsqu'elles ne répondent pas à l'état d'esprit de celui qui parle. Dans la démence précoce, il en est souvent ainsi : malgré l'agitation, la voix peut rester faible et lente ; bien que l'attitude et les idées exprimées dénotent la présence d'un état émotionnel pénible, le débit peut être rapide ; pour exprimer les pensées les plus banales, l'intonation peut être emphatique, etc. En somme, dans la démence précoce, il y a souvent défaut d'adaptation entre les manifestations phonétiques et l'état affectif.

L'importance des troubles phonétiques n'est de même pas en rapport constant avec le degré de l'affaiblissement psychique. — Il en est d'ailleurs ainsi pour les troubles psycholaliques. — Malgré une pauvreté extrême des idées, permettant à peine l'évocation de quelques phrases, la phonation peut rester correcte ; au contraire,

©BIUM

des malades, dont l'activité cérébrale est encore très grande, s'expriment d'une manière à peine compréhensible.

Les troubles phonétiques ne sont pas davantage liés d'une façon nécessaire à l'existence des troubles psycholaliques, tout en ne leur étant pas incompatibles : par exemple, la construction grammaticale des phrases reste régulière, alors que l'élocution est tout à fait défectueuse ; inversement, par suite de la verbigération, les discours de certains malades ne peuvent être compris, bien que leur voix soit normale et leur diction parfaite.

Cette dissociation existe également vis-à-vis du langage graphique ; parfois, on peut obtenir des réponses bien écrites ou tout au moins lisibles, alors que les malades sont incapables d'articuler la phrase la plus courte : dans ce cas, les mouvements préposés à l'expression graphique des idées sont conservés, alors que ceux destinés à l'expression verbale sont devenus impossibles.

Toutes ces constatations viennent à l'appui de l'opinion que les troubles de la phonation ne dépendent pas d'un affaiblissement ou de perturbations du langage intérieur, mais qu'ils résultent d'une asynergie fonctionnelle entre celle-ci et celui-là. Ainsi la pathogénie des troubles phonétiques est celle de tous les troubles observés dans la démence précoce : en effet, les manifestations morbides, qui aboutissent dans cette maladie à créer l'état démentiel, résultent moins de phénomènes de déficit que d'un défaut de coordination dans le fonctionnement des facultés et des différentes fonctions cérébrales.

Conclusion. — Dans la démence précoce, en dehors des troubles psycholaliques, qui ont plus particulière-

©BIUM

ment fixé l'attention des auteurs, il existe des troubles de la phonation, c'est-à-dire portant sur l'intensité, la hauteur, le timbre, le rythme, l'intonation et l'articulation. Ces troubles sont surtout fréquents dans les variétés hébéphréniques et catatoniques, et lorsque l'état démentiel est constitué définitivement. Par leur caractère d'instabilité et de discordance avec l'état intellectuel des malades, ces variations pathologiques de la phonation se distinguent, tant au point de vue clinique que pathogénique, des modifications analogues qui peuvent s'observer dans d'autres maladies mentales.

©BIUM

ENCORE LA QUESTION
DE
LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par le Dr SOUTZO fils,
Privat docent et chef de clinique des maladies mentales,
Médecin assistant de l'hospice de l'Etat " Marcoutza "

Suite et fin (1).

Mais M. Marandon de Montyel ne se contente pas simplement d'affirmer qu'il n'y a pas de démence dans la démence précoce, mais encore il soutient, comme nous l'avons vu, avec M. Serbsky, que « la démence précoce allemande n'est pas une entité, mais une fin morbide; elle est la phase de chronicité de toute confusion mentale aiguë non guérie, particulièrement de la confusion née à l'époque du développement. Elle est en un mot la démence précoce actuelle — nous ajoutons *la française* — amputée de ses phases du début qui ne lui appartiennent pas plus que l'accès initial de manie ou de mélancolie n'appartient à la manie ou à la mélancolie chronique ».

Et à l'appui de cette affirmation M. Marandon de Montyel mentionne trois excellentes preuves cliniques fournies pas M. Régis et qui sont les suivantes : « La première, c'est que tous les cas de démence précoce qu'il a suivis avaient débuté par des accès plus ou moins aigus de confusion mentale, le plus souvent à forme

(1) Voir les *Annales* de mars-avril et de mai-juin 1907.

©BIUM

délirante hallucinatoire. La seconde, c'est qu'il s'agissait là d'accès de confusion mentale si peu révélateurs d'une démence précoce future que, suivant la remarque déjà faite par Morel, leur terminaison heureuse ou malheureuse ne pouvait être prévue d'avance, pas plus qu'on ne peut sûrement prévoir la terminaison d'un accès aigu de manie ou de mélancolie. La troisième preuve enfin, c'est que tous les accès aigus de confusion mentale post-infectieuse, quels qu'ils soient, qui ne guérissent pas, se terminent par un état chronique et finalement démentiel analogue à la démence précoce. »

Mais ces preuves de M. Régis, absolument conformes aux observations de M. Marandon de Montyel, ont besoin, suivant nous, pour paraître convaincantes aux lecteurs, de l'appui d'autres preuves explicatives, péremptoires à leur tour et bien fondées scientifiquement, de plus d'observations également éloquentes. C'est ainsi seulement que les trois preuves citées pourraient trouver leur raison.

Pourquoi donc — et nous sommes en droit de nous le demander — la confusion mentale dont parle M. Régis, « le plus souvent à forme délirante hallucinatoire », appartiendrait-elle effectivement à une confusion mentale primitive — entité — et ne pourrait-elle pas être en fonction d'une démence précoce, groupe pathologique pour lequel cette confusion mentale n'apparaîtrait que comme un symptôme ouvrant la scène, alarmant, mais secondaire et accessoire, ce qui a lieu d'ailleurs assez fréquemment dans une grande majorité de cas de démence précoce? Le professeur de Bordeaux et encore plus M. Marandon de Montyel devaient sûrement, à cet effet, nous donner les raisons et nous faire connaître les signes fondamentaux, différentiels, de cette confusion mentale symptôme des deux groupes autonomes en question. Ensuite, pour la seconde preuve, les mêmes

©BIUM

auteurs ne nous indiquent point la raison pour laquelle l'accès de la confusion mentale est si peu révélateur d'une démence précoce; que doit-il présenter de plus pour qu'il soit vraiment révélateur? Mais si peu révélateur que soit l'accès, il doit certainement — chose facile à comprendre — présenter des signes qui, même très atténués, devaient ne pas être passés sous silence par les auteurs, et qui, suivant nous, scientifiquement analysés et interprétés, auraient pu conduire jusqu'à un certain point à entrevoir un pronostic, contrairement par conséquent au dire de Morel en 1852.

Enfin la troisième preuve de M. Régis ne présente pas d'intérêt pour nous puisqu'elle se réduit aux deux premières...

Bref, l'insuffisance d'appui et d'arguments solides pour ces preuves les rendent peu compréhensibles, tout en dévoilant leur faiblesse.

Affirmer de nos jours que la démence précoce n'est que la phase de chronicité de la confusion mentale, affirmation exempte de tout argument probant, c'est comme si on soutenait, suivant la juste remarque de quelques auteurs, que le cancer est la phase de chronicité de la fièvre typhoïde. Il est certain que nul médecin ne tenterait une pareille manière de voir.

Au contraire, nous affirmons ici, affirmation catégorique et irréfutable, qu'entre le groupe de la démence précoce et celui de la confusion mentale primitive — *entité* — existe une distinction tranchante, fondamentale, tant au point de vue étiologique et symptomatologique qu'à celui de l'évolution du pronostic et de la terminaison. Cette distinction est d'autant plus frappante et manifeste que les tableaux cliniques se montrent plus clairs.

Et ce que nous accentuons ici si catégoriquement ressort des vues mêmes des auteurs, surtout des Fran-

©BIUM

çais, qui les premiers se sont occupés de la question de la confusion mentale il y a quelques dizaines d'années, vues plus ou moins justes bien qu'un peu élastiques et non définies ; ce qui se passe d'ailleurs avec toute œuvre à son début, ainsi que cela eut lieu également pour la démence précoce.

Voyons ce que nous dit surtout Chaslin à cet égard. Nous résumons quelques-unes de ses idées relatées si explicitement dans les conclusions de son travail original. « Il existe, dit-il, une forme de maladie mentale, aiguë ordinairement, qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie, qui doit être attribuée à l'*épuisement rapide et brusque du système nerveux central* (très souvent consécutif pour les auteurs les plus récents à l'*infection ou à l'auto-intoxication*), et qui doit être séparée de ce que l'on appelle la « *dégénérescence* » (1).

« Elle révèle souvent le caractère d'une *véritable maladie par les phénomènes somatiques*, dénutrition, fièvre, qui l'accompagnent. Au point de vue psychique, elle est essentiellement caractérisée par la *confusion des idées par suite de l'affaiblissement et de l'incoordination du processus de l'association des idées, de la perception et de l'aperception personnelle* ; elle peut être accompagnée *d'agitation motrice ou de dépression ou de stupeur; le ton émotionnel est souvent indifférent* ou, au contraire, présente des *variations brusques*.

« Elle a la plus grande *analogie avec les délires par intoxication chronique*. Elle me paraît mériter le nom de confusion mentale, sous lequel elle a été décrite en France, *en ajoutant primitive, afin de la distinguer des formes où il y a aussi confusion, mais secondaire*, et sur la nature desquelles je n'ai pas à me prononcer. »

(1) Nous soulignons intentionnellement les mots qui présentent pour nous une première importance.

©BIUM

Les principaux traits de la maladie se relèvent clairement de ces propositions de Chaslin. Seulement, quelques-uns de ces cas, sur lesquels s'appuient ces conclusions, nous semblent douteux, leurs symptômes étant moins précis et analysés d'une manière par trop peu détaillée. Ce sont ces cas qui nous semblent appartenir plutôt au groupe de la démence précoce allemande, groupe qu'on ignorait presque totalement alors.

De plus, pour les cas qui se terminent par démence, l'auteur ne nous donne aucune relation sur cet état de démence et ne nous dit pas quels sont les caractères et les signes particuliers de celle-ci.

Quoi qu'il en soit, le plus grand nombre des cas aboutit à une guérison, suivant Chaslin.

Kraepelin, de son côté, est plus explicite à ce sujet. Chez lui on rencontre la juste mise au point de la question sur la confusion mentale. Pour le clinicien allemand, la confusion mentale aiguë, primitive, des auteurs français, l'amentia de Meynert et de quelques aliénistes allemands, se traduit par un état aigu se développant à la suite d'influences nocives saisissables, un état de confusion avec des troubles perceptifs illusoires et hallucinatoires accompagnés d'agitation motrice et qui conduisent à la guérison.

Dans cette définition on saisit clairement les points ressemblant aux traits caractéristiques de la même maladie conçue par Chaslin. Comme on voit, c'est l'onirisme confusionnel, état semblable à celui bien décrit par les auteurs dans quelques variétés d'intoxication, et spécialement par M. Régis, qui domine dans la confusion mentale primitive, où il est conditionné, en première ligne, par des troubles de la conscience, ceux-ci amenant simultanément des troubles de la perception, de l'aperception, de l'attention et de l'orientation. L'état de la mémoire, la présence de simples souvenirs vagues et

©BIUM

indéfinis ou leur absence totale, troubles si bien étudiés par M. Séglas dans ses *Leçons cliniques*, s'expliquent visiblement par le caractère de ces phénomènes morbides. La confusion intellectuelle, manifestation révélatrice des troubles dans la sphère de l'idéation, s'éclaire dans cette affection par un mécanisme de genèse, différant en substance de la confusion intellectuelle, symptôme fréquent de la manie, — folie maniaco-dépressive, — de la démence précoce, de la paralysie générale et de toute une série d'autres psychoses. Il y a ce que les auteurs allemands appellent « Verwirrtheit » et «Verworrenheit », deux notions différentes au point de vue de la symptomatologie générale.

De plus, il y a dans la confusion mentale des influences nocives variables qui amènent l'état d'épuisement, facteur causal pathogénique capital ; ensuite la présence de signes corporels et généraux, troubles du sommeil, de la nutrition gastro-intestinale, etc., enfin le début aigu, la marche de la maladie, et la terminaison.

Bref, c'est l'ensemble total des symptômes, leur rapport intrinsèque et leur évolution qui conduisent au diagnostic de confusion mentale primitive et non seulement l'existence du symptôme confusion, paroles bien judicieuses exprimées il y a déjà bien longtemps par Delasiauve, accentuées et reproduites particulièrement par M. Séglas et qu'on rencontre de même chez Kraepelin.

En ce qui concerne la terminaison de la confusion mentale, — entité, — Kraepelin admettait jusqu'à hier la guérison pour tous ces cas, guérison qui, dans quelques-uns d'entre eux, pouvait survenir après des mois et des années. Cependant, dans une récente communication faite au Congrès des médecins aliénistes de Munich, l'auteur allemand tend à modifier ses vues

©BIUM

concernant la terminaison de cette affection. Pour un petit nombre de ces cas, vraies exceptions, il admet la possibilité de l'apparition d'un état d'affaiblissement psychique, affaiblissement se faisant remarquer par quelques traits spéciaux qui laissent reconnaître à leur tour la maladie initiale, primitive, la confusion mentale.

Avec une pareille manière de voir, nous sommes aussi parfaitement d'accord ; ce genre de terminaison a pu être observé par nous chez un certain nombre de confusionnels. Même, actuellement, nous suivons attentivement trois malades atteints de confusion mentale, chez lesquels on saisit clairement les signes d'un état d'affaiblissement démentiel en voie de développement. Et ces signes, hâtons-nous de le dire, se distinguent essentiellement des symptômes qui marquent d'habitude les états terminaux propres à la démence précoce. C'est un point capital sur lequel nous insistons en même temps que notre maître. Entre les tableaux terminaux de ce dernier groupe morbide et ceux de la confusion mentale non guérie, il y a une distinction manifeste, l'analyse clinique minutieuse permet de découvrir les deux affections auxquelles ceux-là appartiennent. L'affaiblissement psychique de la confusion mentale est, par conséquent, tout différent de celui de la démence précoce, de l'épilepsie, de la paralysie générale, etc.

Sur cette nouvelle question nous reviendrons, d'ailleurs, dans un prochain travail.

M. Rougé, depuis peu de temps, dans un mémoire intéressant qui traite du délire de la convalescence dans la fièvre typhoïde, n'a vu aucun de ces cas de confusion mentale se terminer autrement que par la guérison. Enfin, le dernier rapport de M. Siemerling sur les psychoses infectieuses et puerpérales, présenté à un des derniers Congrès allemands, est plein d'intérêt sur la question de la confusion mentale. En un mot, c'est la

©BIUM

guérison qu'on rencontre, de règle, dans la confusion mentale.

Voilà, par conséquent, sous quel jour se montre actuellement le problème de la confusion mentale primitive aiguë. Entre son cadre tracé par ses adversaires et quelques autres cliniciens et celui décrit par Kraepelin et son école, il y a une différence saisissable ; suivant nous, c'est le cadre de ce dernier clinicien qui nous apparaît le plus juste et en accord parfait avec les faits de la clinique ; son rétrécissement, par suite, est foncièrement justifié. Mais, en ce qui touche ses limites, vouloir les préciser d'une façon définitive serait un essai trop hardi, même pour le clinicien allemand.

En tout cas un seul fait découle de nos considérations et apparaît comme péremptoire : c'est la fondamentale distinction qui existe entre la confusion mentale *entité* et le groupe morbide de la démence précoce ; une identification, malgré toute tentative et tout effort, demeure et demeurera impossible et irréalisable, la clinique s'y oppose en première ligne catégoriquement.

*
* *

Il nous reste, pour finir, à discuter brièvement sur un dernier chapitre, celui de la symptomatologie. Sous ce rapport le scepticisme de M. Serbsky apparaît plus manifeste.

Voici ce qu'il nous dit relativement aux symptômes que Kraepelin donne comme étant propres au groupe en question :

« Lorsqu'on analyse, dit l'auteur russe, la démence précoce de Kraepelin, ce qui saute aux yeux tout d'abord, c'est l'impossibilité dans laquelle on se trouve de déterminer les traits caractéristiques fondamentaux de ce groupe morbide, ainsi que l'élément qui unifierait

©BIUM

les phénomènes cliniques les plus divers, présentant un vrai chaos. . . . . .

. . . . . .

« La description générale de la maladie telle qu'elle est donnée nous frappe par le peu de précision des symptômes isolés et le vague du tableau clinique. Je suis embarrassé de résumer les traits les plus saillants de cette affection, ne les ayant pas trouvés ; et c'est ainsi que je me vois obligé d'énumérer tous les symptômes qui appartiennent au tableau clinique général séparément. »

Par conséquent, de l'impossibilité de déterminer les traits caractéristiques fondamentaux du groupe, du manque de précision des symptômes et du vague du tableau clinique, naît pour M. Serbsky le grand embarras de pouvoir résumer les traits les plus saillants de la présumée maladie et, partant, la simple obligation d'énumérer les symptômes séparément.

Et cependant de l'énumération des symptômes que M. Serbsky nous donne dans les trois pages suivantes, reproduction résumée du traité clinique de Kraepelin, nous comprenons clairement, nous et un grand nombre de cliniciens, les caractères principaux du groupe en question et en saisissons parfaitement les traits saillants.

Ce qui frappe le plus l'auteur russe, c'est l'emploi fréquent chez Kraepelin d'une multitude d'expressions et de locutions comme : généralement, le plus souvent, plus profondément, habituellement, parfois, très fréquemment, etc., etc., qu'il souligne expressément dans son travail et qui constituent pour lui justement la preuve évidente de l'inexistence du groupe de la démence précoce comme un groupe à traits individuels ; le groupe lui apparaît par suite « vague et peu précis », se confondant avec la démence secondaire. Rappelons en passant que ce point de la question a été touché

©BIUM

déjà plus haut par nous, lors de la discussion concernant les définitions énoncées par les partisans de la doctrine.

Ce raisonnement de l'aliéniste russe nous apparaît bien peu soutenu. Les expressions en question ont selon nous un emploi logique ; nous trouvons même que dans le cas où elles auraient manqué, les descriptions de l'auteur de Munich auraient été trop rigides, beaucoup moins justes et partant peu compréhensibles. Car sous ce dernier rapport nous devons tenir compte d'un fait fondamental de première importance, à savoir que : en matière de clinique, alors qu'il s'agit de décrire en détail les innombrables faits que nous procure une observation de chaque jour et d'enregistrer dans un tout la multiplicité et la variabilité des modalités sous lesquelles se montrent les tableaux pathologiques, il est de toute nécessité, pour la bonne intelligence de ces derniers, d'employer pour les descriptions des termes et expressions capables précisément d'enregistrer, mentionner et marquer tout ce qu'il y a d'habituel et d'insolite, de fréquent et de rare, afin d'accentuer simultanément de la sorte ce qu'il y a d'essentiel, de caractéristique et de commun cliniquement.

C'est ainsi que l'on a procédé d'ailleurs dans la confection de tout traité classique, et c'est ainsi également qu'a été érigée l'œuvre magistrale de notre maître, non seulement en ce qui concerne le chapitre traitant de la démence précoce, mais aussi tous les autres se rapportant à d'autres aliénations plus précises et mieux connues comme par exemple la paralysie générale. Les traités de médecine interne les plus complets ne sont-ils pas travaillés de la même manière ?

Quand Kraepelin nous dit que chez les déments précoces « la perception n'est généralement pas atteinte d'une façon tant soit peu notable », ou que « la conscience dans beaucoup de cas reste parfaitement nette

©BIUM

pendant longtemps », les expressions « généralement » et « dans beaucoup de cas » signifient certainement quelque chose ; elles nous permettent d'apprécier dans un sens plus que dans un autre le contenu des mots qui suivent et auxquels elles s'appliquent.

Et de ces propositions on saisit nettement que chez cette catégorie de malades le processus perceptif et l'état de la conscience apparaissent *de règle* normalement, et que, par conséquent, c'est exceptionnellement qu'ils peuvent se trouver changés, troublés. Mais dans ce dernier cas, alors qu'ils se montrent autrement, cela ne veut pas dire qu'il n'y a rien de net et de précis dans les opérations en question, qu'il n'y a rien, partant, non plus comme symptomatologie de la démence précoce allemande. Dans la paralysie générale, nous savons tous que les troubles de mémoire sont les premiers en date et que dans la grande majorité des cas ils ouvrent la scène, mais que cependant dans certains cas, entre autres dans ceux qui débutent par des états d'excitation violente, ces troubles de mémoire ne se laissent point déceler ou bien ne se trahissent que plus tard. Ce sont des manières de voir qu'on rencontre dans tous les traités sur l'aliénation. Est-ce dire pour cela que les troubles de la mémoire n'ont aucune importance et rien de positif dans cette affection ?

Certainement non. La nuance est tout autre. Entre ce qu'on rencontre comme exception, il y a une distinction nécessaire qui doit être relevée et dont on doit tenir compte dans toute description qu'on prétend complète. Et alors que les phénomènes de la perception, de la conscience et d'autres fonctions psychiques, apparaissent autrement que de règle, il est certain que, dans ces cas, ils sont provoqués par des causes d'un autre ordre ; ils prennent naissance à la suite de mécanismes particuliers qui nous sont connus pour la plupart. Kraepelin

©BIUM

lui-même, sur ce point, est suffisamment précis. Ainsi, il indique que le processus perceptif et l'état de la conscience sont troublés chez les déments précoces, spécialement en cas d'excitation violente, en cas de troubles psycho-sensoriels, en cas de démence avancée, en cas de stupeur profonde et en cas d'une foule d'autres conditions.

Et ce que nous venons de dire des symptômes des deux domaines psychiques s'applique également à tous ceux dont parle M. Serbsky : « L'attention présente *d'habitude* des troubles graves, la mémoire est *relativement* peu atteinte, le cours de la pensée est *habituellement* troublé, la faculté d'enregistrement est *souvent* bien conservée, etc., etc. », ou, encore, on rencontre les mêmes locutions si judicieusement employées par l'auteur allemand. Ici, non moins, on saisit ce qu'il y a de plus fréquent, d'habituel en clinique comme symptomatologie de la démence précoce.

Mais ce n'est pas tout. En dehors de ces symptômes, qui apparaissent, comme nous avons vu, suffisamment significatifs, il y en a d'autres qui sont plus ou moins caractéristiques, pathognomoniques en quelque sorte pour le groupe symptômes que M. Serbsky n'a point voulu souligner et apprécier suivant la valeur qu'ils réclament et que leur donne le professeur allemand.

Nous tâcherons de rappeler succinctement quelques-uns d'entre eux, en soulignant les plus importants. Nous les puiserons, à cet effet, encore dans le travail de M. Serbsky.

La faculté de jugement est gravement atteinte *dans tous les cas;* la démence sentimentale apparaît *sans exception;* il y a diminution des impulsions volontaires ; les troubles dans la conduite et les actes donnent un *cachet particulier* aux tableaux cliniques et marchent de pair avec les troubles profonds de la vie sentimen-

©BIUM

tale ; l'aptitude au travail est atteinte *très notablement* chez *tous* les malades ; enfin, un grand nombre d'autres symptômes encore que nous relate Kraepelin.

Selon nous, nous estimons que le clinicien de Moscou ne devait aucunement négliger de relever ces symptômes principaux et omettre de les argumenter dans la même mesure que ceux prétendus non définis. En agissant ainsi, il aurait fini peut-être par renoncer à conclure que « *la majorité* des symptômes ne forment pas le côté indispensable et essentiel de la maladie » ; au contraire, à la suite de la mise en relief des derniers, qui forment peut-être la minorité des symptômes, il aurait acquis la conviction qu'il y en a aussi qui constituent justement le côté indispensable de la maladie. Malheureusement, son intention fut tout autre : il tenait à démontrer, de toute manière et dès le commencement, que la symptomatologie de la démence précoce allemande est « vague et peu précise » (!).

En outre, dans un même ordre d'idées, le clinicien russe conteste la valeur réelle des symptômes à un autre point de vue, à savoir que : objectivement, les symptômes de la démence précoce peuvent se rencontrer dans une foule d'autres psychoses.

Voilà ce qu'il nous dit à ce propos : « .....Il devient absolument impossible de borner son étude exclusivement aux manifestations extérieures, si nettes qu'elles soient, et de baser sur elles le diagnostic en les considérant comme des signes objectifs incontestables ; il ne suffit pas de les constater, il est nécessaire de chercher à les comprendre, à expliquer leur origine dans chaque cas particulier, c'est-à-dire qu'il est nécessaire de recourir à l'ancienne méthode, à l'analyse psychologique. »

A ce point de vue, l'auteur russe a parfaitement raison, il se trouve complètement en accord avec le

©BIUM

maître allemand, qui d'ailleurs professe, déjà depuis longtemps, de semblables idées. Actuellement, il ne reste plus aucun doute sur ce fait : des symptômes semblables en apparence peuvent au fond prendre naissance par des mécanismes différents.

Ceci constitue un des problèmes les plus importants de la pathologie mentale, sur lequel a insisté et insiste particulièrement le clinicien d'Outre-Rhin dans son œuvre récente. Dans plus de 200 pages, il nous expose minutieusement la symptomatologie de l'aliénation, montrant le mode de genèse, le mécanisme psychopathologique des troubles qui sont propres à chacune des psychoses, analysant surtout avec beaucoup de détails ceux des symptômes qu'on rencontre spécialement dans la démence précoce. Nous avons traité, dans un récent travail, quelques points de ce problème de la symptomatologie et particulièrement la valeur clinique et le mécanisme des symptômes catatoniques (1). Appuyé sur des recherches cliniques approfondies et suivies, et à la lumière de travaux antérieurs, mais surtout grâce aux données récentes de notre maître de Münich, nous avons pu prouver que des signes cliniques comme la stupeur, le mutisme, la stéréotypie, le négativisme, les états d'excitation, la confusion dans le langage — Wortsalade, Vorbeireden, etc., — les manières, les tics, les rires explosifs et irréfrénés, les impulsions brusques manquant d'un but certain, ainsi qu'une foule d'autres signes qu'on observe dans la démence précoce et de préférence dans la catatonie, bien que pareils au point de vue objectif à de semblables symptômes qui se montrent dans d'autres affections, comme par exemple dans la confusion mentale primitive, la psychose

(1) Le mécanisme de quelques signes catatoniques. 1904. *Monographie.*

©BIUM

maniaco-dépressive, dans les états d'infériorité psycho-cérébrale, dans l'aliénation hystérique, etc., peuvent, dans la majorité des cas, être distingués en clinique par des caractères plus ou moins propres, mais surtout par leur mode de genèse, par leur mécanisme psycho-physio-pathologique différant le plus souvent pour chacune des maladies.

Le mutisme de la catatonie qui résulte surtout des troubles se passant dans le domaine de la vie volitive est bien différent, au point de vue de sa genèse, de celui qu'on rencontre dans les états dépressifs de la psychose maniaco-dépressive, dû surtout à des phénomènes d'inhibition psycho-motrice, ainsi que du mutisme de la paranoïa commandé par des manifestations délirantes interprétatives ou hallucinatoires, ou enfin de celui de la mélancolie d'involution, de la paralysie générale et d'autres psychoses, mutismes qui tiennent encore à des mécanismes d'origines différentes. De même pour l'automatisme par commande et la suggestibilité, symptômes particuliers à la catatonie et à l'hystérie.

Cependant, si on connaît sur cette question de symptomatologie des faits ayant actuellement une valeur légitime et qui sont d'une clarté incontestable, il y a par contre, de nos jours encore, une série de côtés assez nébuleux que les cliniciens modernes s'efforcent d'élucider par une observation suivie des données de la clinique et par une interprétation adéquate de tous les phénomènes morbides.

Insister davantage de notre part sur ce chapitre de la démence précoce serait devoir reprendre à fond la question bien vaste des discussions qui ont eu lieu dans ces dernières années sur la symptomatologie de ce groupe, discussion que nous croyons superflue et déplacée pour ce travail, dont le cadre renferme des points déjà assez nombreux qui demandaient à être traités plus large-

©BIUM

ment. Nous renvoyons pour plus de détails à l'œuvre de notre maître, mais surtout au rapport fort intéressant de M. Crocq, de Bruxelles, qui traite au complet la question de la catatonie et de la stupeur.

Nous pensons qu'à la suite de ces quelques réflexions sommaires nous avons suffisamment argumenté les objections soulevées par M. Serbsky sur l'importance des symptômes de la démence précoce. Quelques signes particuliers relatés par Kraepelin : « donner la main », « refuser de manger », « garder le silence », et d'autres auxquels le clinicien russe refuse d'attribuer aucune valeur clinique réelle, ont une raison légitime d'exister. Chacun d'eux, en tant que symptôme isolé, possède au point de vue du diagnostic une importance relativement tout aussi grosse et parfois même plus grosse que d'autres, ainsi plus importants que les troubles psychosensoriels et les états délirants manifestes. Partant, le signe également de « douner la main » et d'autres mentionnés dans la démence précoce doit figurer parmi les symptômes distinctifs importants du groupe et ne pourrait nullement s'expliquer par « le manque d'un fil conducteur » dans l'ensemble de la symptomatologie, comme le prétend M. Serbsky.

Pour finir avec cette dernière question, il nous reste à rappeler en passant l'ingénieuse conception émise dernièrement par M. Stransky, concernant justement le trait d'ensemble démentiel, caractéristique à la totalité des tableaux cliniques de la démence précoce : c'est « l'incoordination, l'ataxie intrapsychique, la dissociation entre le noopsychique et le thymopsychique », formule qui traduit précisément, d'une façon fort juste, le contraste assez saisissable entre les troubles de la vie sentimentale et volitive d'un côté, et ceux de la vie intellectuelle de l'autre.

En outre, dans un même ordre d'idées, il y aurait

©BIUM

encore à rappeler les recherches de M. Lundberg, qui ont trait surtout au mécanisme et à la pathogénie des symptômes catatoniques et que nous analyserons dans une prochaine étude.

Enfin, comme dernier mot, pour compléter nos considérations sur la symptomatologie du groupe, rappelons le principe formulé par Kraepelin en matière de doctrine symptomatologique et accentué déjà par nous dans la première partie de ce travail, à savoir, que : chacun des symptômes n'a, par lui-même, qu'une valeur relative; tous présentent une importance et un intérêt d'autant plus grand qu'ils permettent des conclusions plus certaines sur la cause et la terminaison du cas donné. De plus, l'observation de l'ensemble des tableaux et l'analyse précise des symptômes, faites pendant tout le temps qu'aura duré le développement de ces derniers, ont spécialement une valeur capitale.

Avec ce dernier chapitre, nous achevons l'analyse et la critique des plus importantes questions douteuses et soumises à caution que comprend la doctrine de la démence précoce allemande, questions que nous nous sommes proposé de développer et de discuter dans ce travail, mais sans prétendre, toutefois, leur avoir donné une dernière solution. Au contraire, on y rencontre des côtés non éclairés suffisamment, dont, à coup sûr, nous nous rendons compte. Ainsi, entre autres, nous avons totalement omis d'aborder le problème concernant l'étiologie de la démence précoce, problème des plus vastes et si discuté de nos jours; et si nous l'avons négligé, c'est plutôt intentionnellement dans le but de ne l'approfondir que dans une ultérieure étude, plus complète et plus documentée.

*
* *

Et maintenant, quelles sont les conclusions qui dé-

©BIUM

coulent de toute la série des considérations ci-exposées? Nous essaierons de les résumer dans ces quelques mots :

La démence précoce allemande de KRAEPELIN nous apparaît, à nous ainsi qu'au plus grand nombre de cliniciens, comme un groupe morbide qu'on ne saurait pas ne pas admettre et reconnaître comme une acquisition de la plus haute valeur et importance pour la psychiatrie moderne, et cela peut-être au même titre que la paralysie générale.

Mais une pareille réelle valeur et haute importance scientifique ne revient qu'à la démence précoce allemande, telle que l'a conçue et la conçoit de nos jours le maître de Munich ; c'est là le point capital que nous voulons accentuer d'une manière expresse et avec insistance. Car, à côté de ce groupe pathologique, nous rencontrons beaucoup d'autres démences précoces — pas moins de dix, dont un grand nombre françaises — qui, en dehors d'une commune dénomination, n'ont pas la moindre affinité avec le groupe morbide de Kraepelin, et ne peuvent s'identifier à la démence précoce de ce dernier, ni même y être comparées.

Par celles-là on comprend des symptômes et des syndromes variables, appartenant à des processus morbides qui diffèrent entre eux d'une manière manifeste.

Ou bien il s'agit, en l'occurrence, de la vraie démence précoce de Kraepelin, amputée et défigurée sensiblement, ou bien d'images cliniques terminales, appartenant en substance à des psychoses différentes, à la confusion mentale surtout, ou, enfin, il s'agit de créations artificielles, émises sur une base de postulats formulés préalablement — jeune âge et démence définitive profonde — (démence précoce de M. Serbsky), toutes au fond simples conceptions arbitraires, justes peut-être en théorie, mais ne trouvant aucune sanction dans la clinique.

©BIUM

Ceci posé, il ressort clairement que la série des critiques et des contestations des adversaires s'appuie sur un fondement peu solide ; elle ne tient debout que tant qu'on se refusera d'envisager les faits d'après leur aspect normal et clair. Ce n'est qu'en prenant pour guide des principes et des postulats vraiment scientifiques, comme ceux du maître allemand, exempts à la fois d'idées préconçues et de formules préalables, que l'on pourra, à la suite d'un rigoureux contrôle de la clinique, apprécier suffisamment et acquérir la véritable conviction de ce qui est juste et injuste, solide et ébranlable dans l'entière doctrine du clinicien d'Outre-Rhin. Jusqu'alors, toute tentative de contestation et de critique demeure infructueuse, vu qu'elle manque, en premier lieu, du cachet de l'impartialité.

A la suite de ces arguments, amplement justifiés, il ne nous est point permis de céder aux adversaires sous aucun prétexte, aussi indulgent qu'on soit. Nous nous sommes pleinement convaincu de la haute valeur et de l'intérêt que possède la doctrine kraepelinienne.

Si elle est parsemée de quelques défectuosités et de quelques lacunes — peut-être même nombreuses — cela n'est pour le moment qu'une question de détail et d'ordre secondaire. Nous jugeons ici la justesse de la doctrine à peu près exclusive dans sa *conception d'ensemble et son importance en substance* : rien d'autre ; à ce sujet, nous avons pleinement formulé notre conviction qui demeure immuable.

Par conséquent, la doctrine de la nouvelle démence précoce est loin d'être « *une grosse et étrange erreur scientifique* », et encore moins « *un danger* », comme penserait M. Marandon de Montyel.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

KAHLBAUM.— Die Katatonie. *Klinische Abhand. über psychische Krankheiten*. 1874.

FRÖMNER.— Das Jugendirresein. *Monographie*. 1900.

HOCHE. — Dementia precox, in *Deutsche Klinik*. 1903.

CHASLIN.— La confusion mentale primitive. *Ann. méd.-psyc.* 1896.

SÉRIEUX.— La démence précoce. *Revue de Psychiatrie*. 1902.

KRAEPELIN. — Einfürung. — Ueber Remissionen in der Katatonie. *Centrabl.* 1896.

IAHRMARKER.— Zur Frage der Dementia precox. *Monographie* 1903.

WEYGAND. — Alte Dementia precox. *Centrabl. für Nervenheilk.* 1904.

ASCHAFENBURG.— Ueber die Katatonie. *Alg. Zeitschr.* 1898.

MEEUS.— Considérations générales sur la signification clinique de la démence précoce. *Ann. méd.-psych.*, XXV, p. 207.

STRANSKY.— Zur Lehre von der Dementia precox. *Centralbl.* 1904.

FINZI e VEDRANI.— Contribution clinique à la doctrine de la démence précoce. *Revista sperimentale di fren.*, XXV.

ROUGÉ. — Du délire de la convalescence de la fièvre typhoïde. *Ann. méd.-psych.* 1905.

DENY et ROY.— *Démence précoce*. 1902.

DENY.— Des démences vésaniques. Congrès de Pau. 1904.

MARANDON DE MONTYEL. — La démence précoce dans ses rapports avec le délire systématisé progressif. *Journal de Neurologie*. 1905.

CLAUS. — Catatonie et stupeur. Rapport du Congrès de Bruxelles. 1903.

MEYER. — Beitrag zur Kentniss der acut entstandenen Psychosen und der katatonischen Zustände. *Archiv für Psychiatrie* Bd XXXII.

©BIUM

Médecine légale

UN CAS D'ÉPILEPSIE LARVÉE

Par le Dr H.-O. SCHLUB

Médecin à la Maison de santé de Préfargier (Neuchâtel).

Le 10 mars 1906, à dix heures du soir, le village de Peseux, près Neuchâtel, fut mis en émoi par quelques coups de revolver, tirés en pleine rue sur deux individus qui causaient paisiblement. L'un d'eux, le nommé Marietti, fut atteint par deux balles, non grièvement, grâce à l'imperfection de l'arme, quoique les coups fussent tirés presque à bout portant. Les projectiles furent arrêtés par les habits et par la chaîne de montre.

L'auteur de l'attentat fut un jeune Italien, nommé Berterini. Il était connu pour un homme tranquille et paisible. Le blessé était un de ses amis auquel il avait prêté une petite somme d'argent quelques jours auparavant.

Ces faits firent naître chez le juge d'instruction des doutes sur la responsabilité de l'accusé, et il chargea M. le Dr Châtelain de l'examen médico-légal. Ce dernier a conclu à l'irresponsabilité du prévenu lors de la perpétration du crime, irresponsabilité qui résulte d'un état d'ivresse du sommeil, décrit en 1868 par Krafft-Ebing sous le nom de *somnolentia*, *Schlaftrunkenheit*.

A la suite de ce rapport, une ordonnance de non-lieu

©BIUM

fut rendue, et Berterini fut transféré, le 16 mai, des prisons de Neuchâtel à la Maison de santé de Préfargier, en attendant son rapatriement en Italie.

Le jeune homme a fait en juillet, sur ma demande, la description de ce triste événement. Voici la traduction du texte italien :

Dans la soirée du 8 mars 1906, deux amis un peu ivres vinrent chez moi, faire une partie de jass (jeu de cartes). Comme c'était le moment d'aller se coucher, je leur dis : « Mes amis, rentrez chez vous, je crois que vous avez assez bu. » A ces paroles, un d'eux, le nommé Corti se fâcha et tapa avec le poing sur ma machine à coudre, risquant d'en casser la table. Je posai mon travail et je mis dehors ces ivrognes. Alors l'un d'eux me prit par derrière, et, me traînant vers la porte, il heurta ma tête contre un des montants et me blessa à l'oreille droite. Là-dessus ils s'en allèrent.

Je ne dormis pas pendant la nuit, et le lendemain, j'allai à l'hôpital Pourtalès où on me fit un pansement. Je rentrai à la maison, fatigué et malade, et comme j'avais un travail pressant, je me mis à travailler jusqu'à dix heures du soir ; c'était le 9 mars 1906, un samedi. (Ici il y a erreur, c'était le samedi 10 mars.) M. Corti était venu pendant la journée chez moi pour faire la paix.

Voilà mon malheur.

Fatigué par le travail, et la tête encore toute embrouillée, je dis à mes camarades : « A présent, je ne puis plus travailler, bonsoir et bonne nuit »; et nous sommes allés au lit.

Fatigué comme je l'étais par la journée, le sommeil me prit. Quelque temps après, j'entendis du bruit dans la rue, j'allai à la fenêtre pour voir ce que c'était, et je vis deux de mes camarades qui se battaient, me semblait-il, avec le couteau. Le sang me monta à la tête, je mis en toute hâte mes pantalons, et je me précipitai en bas de l'escalier pour aller séparer les deux ennemis. Dieu voulut que je touchasse de ma main le revolver qui se trouvait dans la poche de mon pantalon, et sans hésiter, je tirai deux coups. Je remontai en toute hâte dans ma chambre, sans avoir la moindre peur d'avoir fait du mal à quelqu'un. Mais peu après, je fus réveillé par du bruit dans l'escalier, et par une voix qui criait : « Charogne, charogne. » Ces paroles me firent me demander si vraiment j'avais fait du mal ou pas.

©BIUM

Comme de coutume dans ces rêves extraordinaires, j'étais incapable de me rendre compte si quelque chose était arrivé. Je vérifiai le revolver, et je vis qu'il manquait deux balles. Alors je commençai à avoir peur, et je me dis que j'aurais une amende, si j'avais vraiment tiré du revolver.

Pendant que je faisais ces réflexions, des gens montaient l'escalier, et s'approchaient de ma chambre. Alors, je dis à mon frère : « Cache le revolver, je crains une amende. » J'avais un peu peur, mais je me disais : « Si tu nies tout, tu n'auras pas d'amende. » Mais sur ces entrefaites, les gens entrèrent; parmi eux aussi deux gendarmes, et le malheureux blessé s'avança, et me dit : « Regarde comme tu m'as tiré dessus, à présent je vais te faire arrêter. » Ce qui fut fait.

A l'ouïe de ces paroles, j'eus grand'peur et je m'évanouis presque. Toutefois il me semblait qu'ils exagéraient en disant que j'avais tiré des coups de feu. Je repris courage et je niai m'être servi d'un revolver. Nonobstant, je fus conduit en prison. Je ne pouvais pas comprendre si j'avais rêvé ou non, et je me demandais à moi-même, comment au monde j'avais pu faire cela. Après trois jours passés en larmes, je me décidai à avouer que c'était vraiment moi le tireur. Devant le juge d'instruction, je racontai toute l'affaire. On fit venir M. Marietti (le blessé) qui disait qu'il n'y avait jamais eu de dispute entre nous deux, et dans la suite les témoins dirent la même chose. Cela m'attrista encore plus, et je me disais : « Comment est-ce possible que tu aies fait pareille chose? ils disent que les deux ne se sont pas battus, et pourtant, tu les a vus faire cela. »

Et alors j'ai pensé que je pouvais avoir été pour une seconde fois dans un état de rêve. Et il me semblait que la cause de mon malheur ne pouvait pas être autre chose que le mal, la tête lourde.et le bruit qu'ils ont fait, parlant avec force gestes.

Malheureux que je suis ! Dieu a voulu me châtier de cette façon. Je pense que c'est lui qui m'a infligé cette punition qui m'est très dure pour la vie morale. C'est de lui que je l'ai reçue, et c'est par amour pour lui que je continuerai le chemin que je dois suivre à l'avenir. Amen.

Berterini a décrit également, sur ma demande, deux rêves qu'il a faits, l'un en 1904, l'autre en prison en 1906. Voici le premier :

Il y a deux ans, j'étais en convalescence d'une maladie grave,

©BIUM

qu'une personne me donna le conseil (qui était la pure vérité), de quitter la fille que je fréquentais alors, puisqu'elle avait été la cause de bien des ennuis durant tout le temps de la fréquentation. Je pris cette décision, et je la quittai ; mais dans le fond de mon cœur je l'aimais quand même, et j'avais bien l'intention de la retrouver plus tard.

Vers la fin du mois d'août, je rêvai une nuit que ma bien-aimée était venue faire la paix. J'en étais tellement content, que nous décidions de nous épouser, et tout en rêvant, je me trouvais transporté au jour de la noce. J'étais en train de mettre de l'ordre dans ma chambre ; je voyais tous les invités dehors dans la rue, entre autres, deux sœurs de la fiancée, une blonde de grande taille, et une petite brune. A noter que la jeune fille n'a pas de sœurs.

Ma fiancée s'approchait de la porte et me disait de me dépêcher. Je me trouvais vêtu d'habits de noce, un chapeau de haute forme sur la tête comme un grand seigneur. Je fermai la porte à double tour et je laissai la clef dans la serrure. Nous allions vers les invités qui attendaient les voitures. Celles-ci se faisant attendre, ma fiancée voulait faire quelques pas pour voir si elles arrivaient. Après une soixantaine de pas, nous étions au tournant de la rue, et jetant un coup d'œil sur ceux qui attendaient, je disais à ma fiancée : « Comme il fait chaud, allons plonger les mains dans la fontaine. » Aussitôt dit que fait, et je me trouvai en chemise devant la fontaine, réveillé par l'eau froide. La nuit était noire, l'air si lourd que je croyais suffoquer ; un orage semblait imminent.

En rentrant dans ma chambre, je trouvai la clef dans la serrure, fermée à double tour.

Le rêve fait en prison est le suivant :

Tout en rêvant, j'étais couché dans mon lit, sur le dos, avec un fort mal au ventre, et personne ne venait me soigner, de sorte que je croyais devoir mourir, et je mourais.

De suite, je me trouvais dans le ciel, c'est-à-dire je croyais être suspendu au-dessus de la glace (Berterini dit qu'il voyait comme à travers de l'eau gelée). Je voyais ma mère qui est morte et des camarades qui s'amusaient. Au-dessous de moi, je voyais le pays et les gens. Me sentant un grand besoin d'uriner, je le disais aux camarades, et nous décidions d'uriner tous ensemble, pour faire croire aux gens au-dessous de nous dans le village que la pluie tombait.

©BIUM

Nous reprenions nos jeux, et à peine commencé, un coup sur le genou droit me réveillait. Je me trouvais dans ma cellule, fort étonné. J'allais dans mon lit avec un peu de douleur dans le genou. Le matin, quand il fit jour, je vis de l'eau sur le plancher, j'allais voir, et je m'aperçus que c'était ma propre urine que j'avais fait tomber du haut du ciel avec mes camarades.

Le même matin, Berterini fut visité par M. le Dr Châtelain, chargé du rapport médico-légal. Ce dernier vit également la flaque d'eau sur le plancher, et demanda au détenu ce que c'était. Celui-ci lui raconta le même rêve et lui montra un bleu au genou droit.

Berterini fut donc interné le 16 mai à Préfargier. Très émotif pendant les premiers jours, il pleurait facilement, et manifestait sa mauvaise humeur en boudant et en hurlant. Il a même forcé un jour une porte dans son ardent désir de s'en aller. Lorsqu'il a appris qu'il serait rapatrié, il a pleuré à chaudes larmes. Mais plus tard il était gai et bon enfant. Il aimait faire de la musique et passait son temps en lisant, en jouant et travaillant un peu de son métier.

Encore en mai, il a de nouveau fait un de ces rêves, sans toutefois quitter le lit : une personne s'est couchée sur lui, un moment après elle l'a quitté en battant des mains. Il croyait que cela avait été le bon Dieu, et il en était très heureux.

Berterini a quitté Préfargier le 7 septembre 1906, pour entrer dans un asile italien. Les derniers mois de son séjour n'ont rien présenté de particulier. A son départ, le malade a versé des larmes.

L'examen de Berterini a permis de constater les faits suivants : c'est un garçon de vingt-cinq ans et demi, complètement imberbe, petit de taille (157 centimètres), et ne pesant que 56 kilogrammes.

Les mesures du crâne sont inférieures de un à trois

©BIUM

centimètres aux mesures de l'adulte, excepté le diamètre transversal qui, avec quinze centimètres, atteint la moyenne.

Les oreilles sont bien formées. Les pupilles sont égales et réagissent normalement.

L'implantation des dents est irrégulière à cause de l'étroitesse du palais, qui est très en ogive.

Berterini porte deux cicatrices à la tête, une au front, suite d'une chute du haut d'un mur à l'âge de sept ans, l'autre à la racine du nez, souvenir d'un coup de bâton reçu en janvier 1906. La langue présente à son bord droit une petite saillie, qui pourrait être une cicatrice elle aussi.

Quant aux autres organes et à leur fonction, il n'y a rien à noter, sauf un goître qui a beaucoup diminué à la suite de frictions à l'iodure de potassium.

La sensibilité en ses différentes qualités est normale, les réflexes patellaires sont très vifs.

Il me tarde de donner des renseignements sur les antécédents de Berterini.

Il est né, le 16 novembre 1880, de parents pauvres dans le vilage de Cima, sur le lac de Lugano. Il est l'aîné de quatre frères et sœurs, qui sont tous bien portants.

Il apprenait facilement à l'école et prétend avoir été fort en mathématiques.

Il nie avoir jamais mouillé son lit en dormant. Par contre, une de ses sœurs était sujette à cette infirmité.

Berterini a fait un apprentissage de tailleur d'habits. Il est venu dans le canton de Neuchâtel en 1900, donc à l'âge de vingt ans. Il s'est fixé à Peseux et a travaillé pendant les deux premières années comme manœuvre chez un entrepreneur de bâtiments.

Plus tard, il s'est établi pour son compte comme tailleur d'habits, aidé par ses amis et par son frère, qu'il avait fait venir de l'Italie, et pour lequel il était

©BIUM

comme un père. Il jouit en effet d'un très bon renom à Peseux, où il est connu comme grand travailleur, rangé et sobre.

Mais il frappait ses connaissances par ses changements d'humeur très brusques, ainsi que par ses emportements excessifs. Quand il était de bonne humeur, Berterini chantait à tue-tête, tout en travaillant. Contrarié, il se laissait aller à casser tout ce qui lui tombait sous la main. Il préférait, dit-il, faire cela que de se battre avec ceux qui l'avaient contrarié.

On signale aussi son intolérance pour les boissons alcooliques. Le premier verre lui monte à la tête.

Des renseignements donnés par le Parquet italien, sur la demande du juge d'instruction, disent que Berterini est considéré par ses voisins comme un individu malade d'esprit, et que dans la famille existent des cas semblables. La mère de Berterini est morte en état de démence, à l'hôpital des fous à Côme, et son père ne jouit pas de la plénitude de ses facultés intellectuelles, comme le montrent les étrangetés qu'il commet.

Notre malade est donc issu de parents atteints de psychoses.

En mai 1904, il fut soigné pendant trois semaines à l'hôpital Pourtalès, à Neuchâtel, pour une entérite. En janvier 1905, des jeunes gens l'attaquèrent sur la route de Neuchâtel à Peseux. C'est de cet accident que provient la cicatrice sur le nez. C'est aussi depuis lors que Berterini possède le revolver, avec lequel il a tiré qua torze mois plus tard sur Marietti.

Berterini a décrit une première fois l'événement du 10 mars trois semaines après dans une lettre adressée à son père, datée du 2 avril. Il est intéressant de constater qu'il y a une concordance assez nette et avec les dépositions des témoins et avec la description donnée plus haut, celle-ci faite trois mois plus tard.

©BIUM

Qu'il me soit permis de reproduire un fragment de cette lettre en traduction :

« Pour abréger, mon cher père, de si vilaines nouvelles, je vais vous raconter immédiatement comment s'est passé ce fait. C'était le samedi soir 9 mars (c'était le 10), et comme d'habitude après le travail, je restais à la boutique avec mes camarades. Il était environ dix heures. Je fus pris de sommeil et je dis à mes camarades : Allons nous coucher et bonsoir, messieurs. Nous y sommes allés. Je me couchai dans mon lit, et sans aucune colère contre quelqu'un je m'endormis. Deux ou trois quarts d'heure après, je ne sais si ce fut une vision ou quoi, j'entendis crier en bas dans la rue et je courus à la fenêtre. Je vis un de mes camarades qui en battait un autre, et il semblait qu'il lui donnait des coups de couteau. Moi, j'enfilai à la hâte mon pantalon, et nu-pieds je me précipitai en bas les escaliers, et je tirai deux coups de revolver au hasard.

« C'est la volonté de Dieu qui me fit faire cela. Une balle alla frapper la chaîne de cet homme, c'est le seul malheur. Par la volonté de Dieu, cet homme n'eut point de mal. Donc, cet homme a fait rapport comme de juste. Mais comme je n'étais pas en colère et que tous voient que ce qui est arrivé a pour cause une maladie, je crois que la justice ne me condamnera pas. »

Une semaine avant, donc seize jours après le malheureux événement, Berterini avait écrit une lettre au juge d'instruction, demandant sa libération. Il disait dans cette lettre :

« Sur le moment, je ne me suis pas aperçu que j'avais été somnambule, parce que peut-être je me suis éveillé lentement, après avoir regagné mon lit. Mais depuis que nous avons passé devant vous et que j'ai entendu que ces hommes ne s'étaient pas querellés entre eux, qu'ils n'avaient fait que parler fort et allègrement, et qu'ils s'en allaient boire un litre, tandis qu'au lieu de cela il m'avait semblé entendre crier au secours, et en ayant couru à la fenêtre, j'avais vu frapper Rebatini avec un couteau, dès ce moment je m'en suis aperçu, et dans mon inquiétude je me disais : Est-ce que j'ai peut-être rêvé, ai-je peut-être été somnambule? »

©BIUM

Vis-à-vis d'un cas comme le nôtre, assez rare d'ailleurs, il se pose la question de savoir s'il rentre dans le cadre d'une de ces maladies qui peuvent se manifester par des actes accomplis dans l'état inconscient, savoir l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie, l'alcoolisme et la paralysie générale, ou s'il faut le considérer comme un cas essentiel d'ivresse du sommeil. Eh bien, je crois être à même de prouver que Berterini doit être considéré comme un épileptique, et cela non seulement puisque Trousseau disait que presque toujours, lorsqu'un individu commet un homicide sans motif, sans but d'intérêt, sans préméditation, sans égard au temps, au lieu et aux moyens, il est épileptique, mais pour les raisons suivantes.

Berterini présente non seulement quelques-uns des stigmates du caractère épileptique, savoir une intelligence faible, de l'irritabilité et l'humeur changeante, mais il a même passé par des crises qui tiennent beaucoup de la crise épileptique classique. Il dit lui-même qu'il bave pendant ses accès de colère, et son frère a vu une fois sa salive rougie par le sang, provenant du fait qu'il s'était mordu la langue.

Quant à l'émotivité et à l'irritabilité du malade, j'en ai déjà donné les preuves.

La diminution, ou au moins l'arrêt de son intelligence, se révèle lorsqu'on soumet le malade à un petit examen. Il ne sait par exemple pas le nom de ses médecins, qu'il voit tous les jours. Il sait à peine dire deux ou trois noms de ses camarades de division. Il a de la peine à énumérer les mois à trente et un jours. L'année a pour lui cinquante-trois semaines.

Il ne sait pas le nom du roi d'Italie, tandis qu'il sait que son prédécesseur Humbert a été tué par Caserio, il y a environ six ans.

Il sait que la Suisse est une république, mais il croit

©BIUM

qu'en France il y a un roi. Quant à l'Allemagne, il n'en est pas sûr. La dernière guerre qu'il connaît est celle du Transvaal. Il sait que l'Italie a 34 millions d'habitants. Neuchâtel peut en avoir 2.000 (en réalité 23.000); quant à Peseux, il n'en sait rien.

Au calcul mental le malade éprouve des difficultés pour résoudre des problèmes comme 12 × 13, 14 + 26, 62 — 19 et 56 : 8.

Voilà les faits qui m'ont amené au diagnostic d'épilepsie chez Berterini.

On cite aussi une certaine bigoterie parmi les traits typiques pour le caractère épileptique. Sans vouloir prétendre que chez Berterini, ce trait se trouve d'une façon prononcée, je rappelle le passage dans la lettre écrite depuis la prison à son père, dans laquelle il dit que c'est la volonté de Dieu qui l'a fait tirer sur Marietti. Je rappelle aussi la fin de son récit de la nuit fatale, où il parle en des termes semblables. Un de ses rêves se passait au ciel et l'autre avec le bon Dieu, qui s'était couché sur lui.

Un fait qu'on pourrait invoquer contre le diagnostic d'épilepsie, c'est le parfait souvenir que garde le malade de ses crises. Mais tout en admettant qu'il s'agit chez Berterini d'une conservation de la mémoire peu fréquente, il faut se rappeler que dans les cas d'épilepsie larvée comme le nôtre, l'amnésie est rarement complète pour les accès et états épileptiformes. Une revue des cas analogues qui se trouvent dans la littérature nous prouvera la justesse de cette réflexion.

(*A suivre.*)

©BIUM

Revue critique.

LES
MALADIES MENTALES
DANS LES CLIMATS TROPICAUX

Rapport présenté au XV^e Congrès international de médecine (Lisbonne 1906)

PAR LES DOCTEURS

Juliano MOREIRA et **Afranio PEIXOTO**

Ancien professeur de psychiatrie et neurologie, Directeur de l'Hôpital national de Rio (Brésil).

Ancien préparateur de médecine légale, médecin

Les questions de géographie médicale ont beaucoup perdu de l'importance qu'on leur attribuait, au temps où l'on croyait que chaque région de la terre, selon sa latitude et sa longitude, avait une caractéristique morbide, comme une caractéristique ethnographique, zoologique ou phytographique, etc.

Ces conceptions étaient facilitées par une notion trop vaste, et par cela même mal délimitée, des zones climatiques. Sous l'empire de telles idées théoriques et avant d'avoir procédé à des recherches vraiment scientifiques dans chaque région, on faisait pour chaque climat une pathologie à part, claire, précise et séparée nettement de toute autre par des délimitations exactes.

De semblables préjugés pathologiques tenaient en grande partie au manque d'une notion étiologique positive, par suite des connaissances insuffisantes de l'époque, et au défaut d'une étude clinique comparée, que ne permettaient pas les conclusions hâtives des médecins voyageurs.

©BIUM

L'étiologie plus éclairée de notre temps, l'hygiène mieux préparée de nos jours vont dissiper des croyances mal fondées et réduire la question à ses véritables termes.

On a reconnu le presque cosmopolitisme de toutes les maladies, ou du moins, leur acclimatation facile, dès que concourent, en n'importe quelle région de la terre, certaines conditions nécessaires à leur développement. Il n'y a presque pas de maladie que l'on n'ait observée au Nord aussi bien qu'au Sud, à l'Ouest aussi bien qu'à l'Est. Il n'y a pas de région au monde qui possède en propre une seule maladie, et il n'existe pas de maladie qu'on ne puisse, même en ses domiciles éventuels, exterminer par les moyens hygiéniques de notre époque.

Comme exemple de la vérité de la première de ces assertions, nous citerons le choléra et la peste. La fièvre jaune et la malaria prouvent la vérité de la seconde.

Ce qu'il y a, quand cela existe, ce sont des variations cliniques, résultante complexe de l'intensité morbide, de la résistance individuelle, de la défense hygiénique, du combat thérapeutique : ensemble de conditions où les coefficients climatiques peuvent bien entrer pour une certaine part, mais auxquels ils ne contribuent jamais ni médiatement, ni directement. Telle est l'observation générale, que ne sauraient infirmer des faits particuliers, encore obscurs et, partant, d'interprétation variée, qu'on pourrait y opposer.

Pour entreprendre avec fruit notre étude, il était nécessaire d'avoir des notions exactes sur des climats qu'on a appelés tropicaux. Jules Rochard a eu soin de nous prévenir que toute classification des climats est arbitraire. La sienne, qui n'échappe pas à ce reproche, a cependant été adoptée par la majorité des hygiénistes. La base thermique adoptée est passible de sérieuses objections. Il est toujours vrai qu'il en est des moyennes thermiques comme des vêtements tout faits : aucune n'est à la mesure. En réalité, nous le savons, il n'y a guère de climats de zones, pas beaucoup plus de climats de régions du reste ; il y a surtout des climats de localités.

Toutefois, parce qu'il est commode de rattacher les

©BIUM

climats de localité à quelqu'une des grandes divisions que représentent les climats de zone, dont les caractères sont conventionnellement assez bien définis et connus, nous déclarons que nous avons utilisé pour nos comparaisons les documents relatifs aux pays situés entre les isothermes de + 20 degrés au Nord et + 20 degrés au Sud.

*
* *

En pathologie nerveuse et mentale, comme en toute autre, il n'est pas téméraire, car c'est un fait d'observation, de dire qu'il *n'existe pas de maladies mentales climatiques*, ou, plus particulièrement, que sous les climats chauds, on n'observe aucune forme pathologique qui soit étrangère à la neuro-psychiatrie des autres climats. Cette assertion se base aussi bien sur notre propre expérience que sur celle de nos confrères de plusieurs régions du monde. La lecture attentive des notes et communications cliniques éparses dans les revues médicales de divers pays, nous a montré qu'elles ne sont pas en contradiction avec notre propre observation.

Ce qu'ont vu Muñóz et Gustavo López à Cuba ; Niven à Bombay ; Manning en Australie ; Grieves, Law et Barnes, dans la Guyane Anglaise ; Sandwith et Peterson, au Caire ; Greenless, dans l'Afrique du Sud, ; Meilhon, au Nord de l'Afrique ; Holzinger, en Abyssinie ; Gilmore Ellis, à Singapour ; Van Brero et Kraepelin, à Java ; Ostrowsky, en Perse, prouve que nos observations dans les zones chaudes du Brésil peuvent s'appliquer à tous les climats chauds du monde.

Notre observation a eu un large champ d'action dans un territoire immense, compris pour la plus grande partie entre les tropiques et possédant, en outre, une vaste région à climat tempéré et doux, qui nous permettait la comparaison.

Le Brésil qui s'étend, en effet, dans l'Amérique du Sud, sur 39 degrés de latitude, entre 5°10' N. et 33°46' S. en comprenant une superficie de 8.337.000 kilomètres carrés, jouit des zones climatiques variées. La zone tropicale, torride ou équatoriale a une température

©BIUM

moyenne au-dessus de 25 degrés C. ; une autre, sous-tropicale ou chaude, se maintient entre les isothermes de 20 degrés à 25 degrés, et une troisième zone, tempérée et douce, à une moyenne thermique entre 15 degrés et 20 degrés.

Dans ce vaste pays, ni par notre observation directe dans sa presque totalité, car nous avons habité des districts de chacune de ses circonscriptions territoriales, ni par des informations médicales de toute nature, nous n'avons pu trouver une affection quelconque, pas même une variation ou un caractère particulier en pathologie mentale, dont nous puissions attribuer au climat la responsabilité directe et immédiate. La liste des maladies mentales au Brésil est identiquement la même que dans les autres pays : la question est seulement de dose et d'apparence, changements auxquels concourent des facteurs complexes, que nous analysons plus loin.

Même dans une région donnée où persisteraient presque tous les facteurs, à l'exception du climatique, par suite des changements de saisons, on ne saurait tirer aucune conclusion relativement à l'influence de la température et des circonstances météoriques connexes.

Un graphique que nous avons établi montre, en effet, les courbes des maxima, des moyennes et des minima thermiques mensuels à Rio-de-Janeiro pendant dix ans, projectées sur le tracé de la proportion de cas de folie survenus dans cette ville et observés à l'Hôpital National d'aliénés : il est impossible d'en tirer une déduction claire quant à l'influence de la température, etc., sur les psychoses constatées, vu les données du problème qui varient d'une année à l'autre. Il est vrai que le plus souvent l'admission à l'Hôpital ne coïncide pas avec le début de la maladie ; mais elle coïncide, du moins dans la plupart des cas, avec des exacerbations justifiant l'urgence de l'internement. La seule déduction permise est que, si réellement le climat, au moins dans ses principales composantes : température, état hygrométrique, etc., influe sur les déterminations morbides mentales, son influence est contre-balancée, masquée et effacée par une complexité obscure d'autres conditions, de sorte qu'il est impossible de lui attribuer une importance ou une valeur quelconque.

©BIUM

Esquirol pensait que les climats chauds produisent moins de fous que les climats tempérés, sujets à de grandes variations atmosphériques, et qu'il y avait moins d'aliénés en Grèce, en Turquie, dans les Indes que dans le Nord de l'Europe. Mais c'est aussi dans ces régions que sont situés les pays où l'assistance est plus développée. Cependant, dans les pays froids où la civilisation est arriérée et où n'existent pas encore les inconvénients de la vie intensive, comme le Groenland, l'Islande, la Sibérie, etc., on ne sache pas que la folie soit plus fréquente que dans les zones chaudes peu civilisées. Par contre, en ce qui regarde le Brésil, la folie devient chaque jour plus fréquente dans ses zones chaudes, en proportion des progrès de la civilisation, qui, à côté de ses grands avantages, entraîne l'augmentation des vices et des maladies, poussant, comme des parasites, sous son ombrage.

Sous les climats chauds, quelle est la valeur des influences météorologiques sur les aliénés? Esquirol disait que, au moment des équinoxes, les aliénés étaient plus bruyants. Selon Guislain, il y aurait certains rapports, difficiles à préciser, entre l'exacerbation et la rémission de la folie, d'une part, et, de l'autre, les temps très humides, les vents, les orages et l'électricité atmosphérique.

Lombroso avait remarqué que, deux ou trois jours avant les grandes variations atmosphériques, certains aliénés, les stupides, les idiots, les déments, et surtout les épileptiques, ressemblant en cela à beaucoup d'animaux, sont très agités.

Nous avons étudié la question en comparant le relevé des attaques des épileptiques de l'Hôpital National des aliénés avec les données météorologiques de l'Observatoire de Rio et de la section météorologique de la Marine. Les facteurs étudiés furent la température, l'état du ciel (nuages), la pluie, l'état hygrométrique, la force et la direction du vent, la pression atmosphérique, les orages. En outre, nous avons recherché l'influence des phases lunaires.

De cette étude minutieuse nous croyons pouvoir conclure que, au moins pour notre climat, il n'existe pas de relations entre les phénomènes atmosphériques et

©BIUM

l'apparition des attaques convulsives chez les épileptiques.

Dans les pays chauds, comme dans les pays froids, en observant avec attention et en particulier les cas cliniques, on remarque qu'il y a de grandes différences individuelles, et que souvent le mode de réagir d'un malade n'est pas semblable dans deux occasions en apparence identiques.

*
* *

La comparaison de quelques chiffres de nos statistiques avec les européennes, en signalant les variations et les différences de ces chiffres pour chaque maladie mentale, nous permettra d'indiquer les causes probables du fait indiqué.

IDIOTIE. — L'*idiotie* revêt dans nos zones climatériques à moyennes thermiques les plus élevées, comme dans celles à moyennes moins élevées, toutes les formes décrites dans les pays froids. En comparant ce que nous avons observé au Brésil avec ce que nous avons vu dans les hôpitaux européens, nous n'avons rien de particulier à signaler chez nous. Notre proportion inférieure à cet égard, relativement aux autres pays, est due exclusivement au fait que nos hôpitaux ne reçoivent qu'un nombre minime de cas, les malades les plus inoffensifs restant presque toujours confiés aux soins de leurs familles.

IMBÉCILLITÉ ET DÉBILITÉ MENTALE. — Quant à l'*imbécillité* et à la *débilité mentale*, nous pouvons également affirmer qu'elles ne présentent symptomatologiquement rien de différent de ce que l'on observe dans les pays froids. Leur grande fréquence en certains districts ruraux ne saurait être attribuée au climat, par la raison que cette fréquence existe dans des localités à moyennes thermiques très tempérées. Nous ne croyons pas, d'ailleurs, que les deux modalités de dysphrénies dégénératives soient plus fréquentes au Brésil qu'en Irlande et en Russie, par exemple. Les causes de leur fréquence, chez nous, sont les mêmes que dans les autres pays. Nous ferons remarquer qu'une des plus graves, dans les États de Bahia, de Pernambuco, de Ceará, de

©BIUM

Sao Paulo, de Rio-de-Janeiro, de Minas et d'Espirito Santo, est le nombre extraordinaire des ankylostomiasiques dans les districts ruraux. Les descendants de ces malades sont fréquemment imbéciles ou débiles mentaux, sans qu'aucune autre cause paraisse avoir concouru à ce résultat.

L'alcoolisme, la syphilis et l'impaludisme sont les autres facteurs de la fréquence de l'imbécillité, ainsi que de l'idiotie, dans nos zones tropicales.

NEURASTHÉNIE. — Les chiffres qui figurent dans nos statistiques sont exigus pour deux motifs : le premier est que le lieu de notre observation est un hôpital d'aliénés, où les malades sont toujours conduits par la police ou par leurs parents, et l'internement des neurasthéniques, en général, n'est pas urgent. Le second motif est que si la neurasthénie se continue, comme il arrive si souvent, par une perturbation mentale plus grave ou plus remarquable, le cas en question figure sous cette dernière rubrique. Il faut considérer, en outre, que deux des principales conditions causales de la neurasthénie sont encore à l'état rudimentaire au Brésil, même dans sa capitale, à savoir : le *surmenage* par excès de travail ou autre, et l'épuisement vénérien, surtout par perversions sexuelles. Nos conditions de civilisation ne nous ont pas encore valu ces tristes effets, qui épuisent les peuples d'une vie plus intense. C'est peut-être de là que vient la rareté des neurasthéniques dans nos hôpitaux. Dans la clinique particulière, cependant, ils sont déjà fréquents, et, si l'on n'en observe pas un plus grand nombre, c'est parce qu'ils traversent assez souvent l'Océan, pour aller consulter les grands spécialistes européens, ou augmenter le nombre des habitués des villes d'eaux, sous prétexte qu'ils souffrent de l'estomac ou des intestins.

HYSTÉRIE. — L'hystérie est fréquente au Brésil, surtout dans ses formes convulsives, dont on a observé parfois de véritables épidémies, comme celles d'astasie-abasie à Saint-Louis de Maranhao en 1879-81, à Bahia en 1882 (Nina Rodrigues et Alfredo Britto). Mais l'histoire des grandes épidémies de névrose convulsive montre qu'elles ont eu une fréquence encore plus grande dans des pays froids d'Europe.

©BIUM

Les causes de l'hystérie, chez nous, ne diffèrent en rien de celles qui agissent en Europe et dans l'Amérique du Nord.

Épilepsie. — La proportion de cette maladie est considérable, surtout sous sa forme convulsive.

Bien que l'on rencontre fréquemment toutes les variations épileptiques, depuis le petit mal jusqu'aux manifestations psychiques délirantes et même criminelles de la névrose (et nous possédons à cet égard des cas très curieux), on remarque facilement que la grande attaque est la plus commune des manifestations comitiales. Comme causes à signaler, nous citerons l'alcoolisme des parents et la dégénération créée par cette intoxication et par d'autres intoxications morbides, alimentaires, etc.

Dégénération inférieure. — Magma confus d'évolution cérébrale avortée ou de régression maladive, sur laquelle se greffent, et avec laquelle se mêlent les perversions, les fétichismes, les délires épisodiques. La proportion est considérable, surtout si l'on considère que sous cette rubrique sont compris presque tous les cas sans caractéristique précise et tous ceux disséminés sous d'autres rubriques. Comme partout, on trouve chez les ascendants des malades l'alcoolisme, la syphilis et les abus vénériens.

Paranoia. — Suivant les traces de Kraepelin, nous excluons tout ce que la confusion psychiatrique a fait comprendre à tort sous cette dénomination. Dans un travail publié antérieurement, nous partageons l'opinion du professeur de Munich. A cause de cette manière d'envisager la paranoïa, nous en avons eu en 1904 seulement 1,1 p. 100 de cas. Nous avons eu la fortune d'observer chez nous des cas très instructifs de cette maladie.

Alcoolisme. — Le pourcentage trouvé par l'un de nous, dans une période de dix ans, est de 28 p. 100, qui est également celui de chaque année, dans nos statistiques. M. le Dr Roxoa a signalé, à la Clinique psychiatrique de la Faculté de Rio, de 1895 à 1900, 31 p. 100 de cas d'origine alcoolique. Il s'ensuit que, sous ce rapport, Rio de Janeiro est comparable à Paris et à Vienne; c'est-à-dire que la proportion est très élevée, et elle le paraîtra encore plus si l'on tient

©BIUM

compte de la distance qui sépare socialement ces deux grandes capitales de la nôtre.

Psychoses infectieuses. — Sur des terrains préparés par la névropathie, on remarque un grand nombre de cas de perturbations mentales survenant dans la période initiale ou dans la période secondaire de la syphilis, dans la malaria, dans la variole, dans la fièvre jaune. Rencontrant un terrain propice, ces infections ont fait éclore les désordres mentaux. Il n'y a pas eu erreur d'imputation, dans les deux premiers cas, car les médications spécifiques ont toujours fourni une confirmation positive.

Confusion aigue. — Parmi les psychoses par épuisement (*Das Erschöpfungirresein*), Kraepelin réserve la dénomination de confusion aiguë — *Die acute Verwirrtheit* — (*Amentia*) — à une catégorie seulement des faits groupés par Meynert sous le nom d'Amentia.

Malgré la rareté de cette psychose (0,5 sur cent), nous en avons observé, chez nous, des cas typiques. Elle est plus fréquente chez la femme. Les causes plus communes sont les facteurs d'épuisement, notamment l'état puerpéral, le surmenage physique et les veilles.

Folie maniaque dépressive. — L'un de nous (Peixoto) a trouvé, en dix ans, chez nos aliénés, 6,6 p. 100 de maniaques dépressifs. Au contraire de ce que l'on observe en Europe, où il y a excès de femmes, on remarque chez nous une légère différence en faveur du sexe masculin, qui a fourni, en dix ans, 6,8 p. 100 contre 6,2 p. 100 pour le sexe féminin. La folie maniaque-dépressive est plus tardive chez nous. La comparaison de nos chiffres avec ceux de Kraepelin et de Weigandt montre que, jusqu'à l'âge de vingt ans, nous avons beaucoup moins de maniaques-dépressifs, et après l'âge de quarante ans, beaucoup plus qu'en Allemagne.

La contribution des groupes ethniques est inégale : plus de la moitié des cas (53 p. 100) appartiennent à la soi-disant race blanche; plus du quart (28 p. 100) aux métis, et plus d'un sixième (19 p. 100) à la race nègre.

Démence précoce. — La démence précoce, dans toutes ses variétés kraepeliniennes, est très fréquente au Brésil ; le fait se remarque facilement depuis qu'il a

©BIUM

été groupé sous cette rubrique des cas antérieurement mal classés.

Des excès d'études, qui commencent trop précocement au Brésil ; de mauvais traitements domestiques ou dans les internats ; les rigueurs de la discipline ; la crainte des punitions ; les dangers de révolutions : tels sont souvent les facteurs occasionnels de la maladie, vérifiés chez nous.

Sur le total de 1.806 malades, observés à l'Hôpital National des aliénés au cours de l'année 1904, nous trouvons 217 déments précoces, soit 12 p. 100, dont 165 hommes et 52 femmes, ce qui fait une proportion de 14,5 p. 100 pour les uns et de 7,8 pour les autres. Le chiffre total de 12 p. 100, inférieur à celui de Kraepelin, qui indique 14 à 15 p. 100 ; inférieur également à ceux de Séglas et Deny, qui trouvent 13 à 14 p. 100 ; de J. Crocq, qui donne 15,66 p. 100, et de Levi Bianchini, qui arrive à 28, est presque égal à celui de Sérieux, qui trouve 12 à 16. La proportion de 10 p. 100, donnée par Meeus, est moins élevée que celle de tous les auteurs.

Notre chiffre total de 12 p. 100 se rapproche, en somme, assez bien de ceux obtenus par Sérieux et Séglas et Deny.

A Java, le professeur Kraepelin a trouvé la démence précoce très fréquente. Malheureusement, il ne donne pas la proportion.

INVOLUTION SÉNILE, MÉLANCOLIE D'INVOLUTION, DÉMENCE SÉNILE. — Dans les pays chauds comme dans les froids, la vieillesse ne met pas à l'abri des psychoses. Nous avons observé toutes les formes morbides décrites, en Europe, par Ritti, Wille, Kraepelin, etc. La proportion de ces psychoses séniles sera certainement moins élévée que celle de 8 p. 100 établie à Rhinan par Wille, parce que beaucoup de ces malades sont traités à domicile.

PARALYSIE GÉNÉRALE. — A l'égard de la paralysie générale, deux faits sont à noter : l'un est l'exiguïté relative du nombre de cas chez nous et l'extrême rareté de ce syndrome chez les femmes, contrairement à ce qu'on observe dans certains pays de l'Europe et dans certains États de l'Amérique du Nord ; l'autre est la progression croissante, d'année en année, de l'affection

©BIUM

au Brésil. Muñós et Gustave López à Cuba, Niven à Bombay, Plaxton à Ceylan, Manning à New-South-Wales, Sandwith et Peterson au Caire, Greenless dans l'Afrique du Sud, Meilhon en Algérie, Holtzinger en Abyssinie, Ostrowsky en Perse, Friedrichsen à Zanzibar, Gillmore Ellis à Singapour, Bauer, Kok Ankersmit et van Brero dans les Indes néerlandaises, Grieve, Law et Barnes dans la Guyane anglaise, ont affirmé la rareté de la paralysie générale dans les climats chauds. Van Brero a écrit : « Dementia paralytica ist eine Irrseinsform, welche in tropischen Ländern wenig beobachtet wird. »

Nous croyons que, dans les pays chauds comme dans les froids, la paralysie générale est plus ou moins fréquente, selon leur degré de civilisation.

Au Brésil, elle est plus fréquente dans les grands centres.

Il ressort de la statistique dressée par Penafiel et Moreira qu'il est entré à l'Hôpital National des aliénés à Rio, pendant la période de 1889 à 1904, 9.609 malades, et que, sur ce nombre, 266 seulement, dont 12 femmes, ont été considérés comme atteints de paralysie générale, soit une proportion de 2,76 p. 100 sur la totalité des entrées. L'Hôpital National des aliénés est un asile public. A la Maison de santé du Dr Eiras, réservée aux malades de la classe aisée, la proportion a été de 4,3 p. 100. Et nous pouvons affirmer que beaucoup de malades sont traités à domicile.

Selon la statistique de Franco da Rocha à S. Paulo, le pourcentage, dans cette ville, est plus élevé : 5,5 p. 100. Sur 1.080 hommes aliénés, il a trouvé 90 paralytiques généraux, soit 3,3 p. 100. Parmi 266 étrangers, il a observé 52 paralytiques, soit 8,3 p. 100. Le climat de la ville de S. Paulo sert de transition entre celui de la zone sous-tropicale et celui de la zone tempérée douce. Par suite de l'altitude, la température de cette localité s'abaisse considérablement et, par ce fait, son climat s'éloigne de celui de la zone sous-tropicale.

Mais la cause de la différence de pourcentage n'est pas le climat. L'immigration étrangère plus forte expliquera le fait.

Bien que la syphilis ait une grande extension au Brésil, on remarque une prépondérance des formes

©BIUM

tégumentaires bénignes, de sorte que le système nerveux est relativement épargné.

Toutefois, à côté de ces manifestations, l'un de nous a observé non seulement des cas nombreux de tertiarisme grave, étendu, frappant avec rapidité les os et les téguments, surtout dans les malades des dictricts ruraux où il y a plusieurs facteurs d'aggravation de la maladie, mais encore des cas de tertiarisme plus ou moins graves des centres nerveux chez les Brésiliens descendants, plus ou moins purs, des deux groupes ethniques qui ont le plus concouru pour le peuplement du pays.

Si les localisations encéphalo-médullaires de la syphilis, parmi les habitants du Brésil, ne sont pas exceptionnelles, les affections dites parasyphilitiques ne sont pas fréquentes comme en certains pays de l'Europe et semblent être totalement inconnues chez l'aborigène.

Doit-on attribuer cette immunité à une influence ethnique? Nous ne le croyons pas. Le genre de vie que mènent ces aborigènes, dont l'activité est réduite au minimum, est sans doute la cause de cet état réfractaire. Ils n'ont pas les soucis, les chagrins et le surmenage intellectuel de l'homme civilisé. S'ils ne connaissent pas l'exquis des jouissances psychiques, ils ignorent, par contre, les dépressions névrosthéniques.

Sous les climats tropicaux comme sous les froids, la syphilis est de beaucoup la cause la plus fréquente de la paralysie générale. Nous la trouvons, certaine ou probable, dans près de 80 p. 100 des cas. Elle existe comme facteur prédominant 30 fois sur 100.

Quelle que soit la valeur de la syphilis comme cause de la paralysie générale, nous croyons qu'elle n'est pas l'unique. Il paraît bien démontré que les toxiques les plus divers peuvent donner origine, chez des prédisposés, à la méningo-encéphalite diffuse.

Le surmenage par excès de travail, par misère, et surtout par des perversions génésiques, le coït immodéré, les avortements provoqués, etc., communs dans certaines capitales d'Europe, est relativement rare au Brésil. Mais, comme le quotient du progrès augmente graduellement, et avec lui les maux qui l'accompagnent,

©BIUM

la paralysie générale commence à figurer sensiblement plus souvent dans notre obituaire, et elle tend à augmenter davantage.

D'ailleurs, nous avons la conviction que la rareté de la démence parétique dans les statistiques des principaux centres du Brésil est plus grande que la réalité. Cela tient, pour la plupart, à des erreurs de diagnostic.

Beaucoup de médecins, et des plus instruits, méconnaissent la paralysie générale là où un aliéniste praticien n'hésite pas à l'affirmer, et ne consentent à l'admettre que lorsque le syndrome est complet.

*
* *

Une question que nous devons discuter brièvement, avant de conclure, est celle de l'influence des tropiques sur le système nerveux des émigrants de pays froids. A Manaos, à Belem, dans l'État du Para, dans celui de Maranhao, à Fortaleza, à Pernambuco, à Bahia, etc., enfin, dans toute la région du Brésil signalée comme possédant des climats chauds, nous avons vu un grand nombre d'Européens originaires de pays du Nord : Allemands, Norvégiens, Russes, Anglais, etc., vivre dans les meilleures conditions de santé et conserver un excellent système nerveux. C'est qu'ils tâchaient de vivre conformément au climat et respectaient les prescriptions que conseille l'hygiène pour l'existence en de semblables conditions. A côté d'eux, par contre, nous en avons vu beaucoup dont les perturbations étaient dues à des excès de *cibus*, de *potus* et de *Vénus*. Un certain nombre, d'ailleurs, devait avoir apporté d'Europe des tares dégénératives, occasionnant les manifestations morbides, et dans ces cas, ces dernières auraient certainement apparu de la même façon, si les émigrants n'avaient pas quitté leur patrie.

Et sans nous attarder pour le moment à approfondir l'affirmation, nous rappellerons en outre que l'émigration peut être l'aboutissement d'états psychopathiques divers qui poussent l'homme à se déplacer, soit en vertu d'idées de persécution ou de grandeur, soit aussi d'impulsions rattachées à l'hystérie, l'épilepsie, la paralysie générale, etc.

Quant à l'insomnie persistante dont parlent Daübler

©BIUM

et Rasch, le climat n'en est point la cause, car, dans nos zones équatoriales, nous ne l'avons pas observée avec plus de fréquence qu'en Europe.

Nos observations sont d'accord avec ce qu'affirme le directeur du Musée de Para, le savant Suisse Dr Goeldi, dans son étude sur le climat de l'Amazonie. Il a écrit : « Nie während eines mehr als 7 jährigen Aufenthaltes habe ich, noch eines meiner Familienmitglieder, noch einer unserer europäischen Museumsangestellten wegen Hitze nicht zu einem erquicklichen Schlafe gelangen können. »

*
* *

On a déjà signalé comme particuliers aux climats chauds deux syndromes, connus par les indigènes de l'archipel Malais sous les noms de *Latah* et d'*Amok*.

La lecture attentive des travaux de Swaving, de Vogler, de Van de Burg, de Rasch, de Gillmore Ellis, de Van Brero, et enfin de Kraepelin, qui a visité Java l'année dernière, nous porte à croire que le *Latah* et l'*Amok* ne sont pas deux maladies à part et qu'ils ne sont pas particuliers aux pays chauds. Les phénomènes du *Latah* (une myospasmie impulsive imitative provoquée, d'après Marina et Brero) appartiennent certainement pour l'ordinaire à la maladie de Gilles de la Tourette et à l'hystérie. Ils offrent des points de ressemblance avec le *miryachit* des Sibériens et des Lapons, le *jumping* des sauteurs nord-américains, le *bah-tschi* des Siamois.

L'*Amok*, par contre, n'est pas une forme morbide univoque, mais l'appellation générique sous laquelle on désigne les actes impulsifs extrêmement violents, accompagnés d'obnubilation. A la vérité, la plupart de ces états doivent être rattachés à l'épilepsie.

L'année dernière, les journaux de Rio de Janeiro se sont longuement occupés du cas d'un individu, que l'un d'eux a surnommé *Homem-fera* (Homme bête féroce). Cet individu, interné plus tard à l'Hôpital National d'aliénés, est un épileptique : s'il avait habité les Indes Néerlandaises, il eût été classé un cas typique d'*Amok*.

*
* *

C'est l'occasion de dire quelques mots sur les acci-

©BIUM

dents déterminés sur l'homme par les rayons calorifiques du soleil. Mais ils ne sont pas particuliers aux climats tropicaux. Nous les avons vus à Berlin et à Paris. On les observe sous toutes les latitudes, même dans les limites septentrionales des régions tempérées. (V. Hirsch. *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie*, 2e éd.; et R. Victor. *All. Zeits. f. Psych.*, XL,1 et 2.)

Jusqu'à ce jour nous avons eu très rarement l'occasion au Brésil d'observer ces troubles. Il y a plus : une coïncidence remarquable. Un cas de paralysie générale que nous avons observé à l'hôpital, ayant une insolation dans les antécédents, a commencé dans une ville de la République d'Uruguay déjà située sous une isotherme de la zone tempérée.

Les auteurs ont affirmé que lorsque le coup de chaleur frappe le système nerveux central, il peut affecter trois formes : la comateuse, la convulsive et la délirante. Celle-ci est caractérisée par un délire aigu. Texier a observé un cas dans lequel le malade atteint de délire furieux voulait se jeter à la mer. Ce type était connu autrefois sous le nom de *calenture* ou paraphrosine calenture, comme l'appelait Sauvages. La calenture, dit Fonssagrives, est un délire fébrile, subit, particulier aux pays chauds, et dont le caractère spécifique est d'inspirer au malade le désir de se jeter à la mer. L'existence de cette affection avait été étayée par quelques faits dont le plus important est l'histoire, racontée par Gaulthier, de trente matelots et du médecin du bord se jetant à la mer dans un accès de délire furieux (Cf. Boudin, *Géographie et stat. médicales*). Nous croyons que cette modalité morbide devient rare, grâce surtout aux progrès de l'hygiène des navires, parce que nous avons plusieurs fois traversé l'Équateur et nous n'en avons pas observé un seul cas.

Depuis longtemps d'ailleurs, Fonssagrives disait n'en avoir pas rencontré un seul exemple pendant quatre ans de navigation aux côtes d'Afrique, sur un effectif de 3.000 hommes. A terre, dit-on, le coup de chaleur délirant peut affecter la même intensité. Nous répétons que cette forme morbide n'est pas particulière aux climats chauds parce que, d'après Pringle, c'est au

©BIUM

moment des plus grandes chaleurs en Hollande qu'on observa dans l'armée anglaise ces fièvres, signalées à leur début par une frénésie subite et tellement violente que des soldats s'élançaient de leurs chariots dans les marais qui bordaient la route.

Quoi qu'il en soit sur la pathogénie du coup de chaleur, l'apparition de ses accidents cérébraux est favorisée par des prédispositions individuelles. L'influence de l'alcoolisme professionnel ou de l'abus accidentel de boissons spiritueuses est évidente. Kelsch a très justement insisté sur la vulnérabilité spéciale des sujets porteurs de tares organiques, d'insuffisance fonctionnelle du rein et surtout de dispositions morbides, natives ou acquises, du muscle cardiaque.

Le professeur Le Dantec a écrit : « Les fortes chaleurs accompagnées de nuits d'insomnie, de l'absence de toute distraction, créent aux colonies un état mental particulier qu'on a appelé du nom caractéristique de *soudanite*, parce qu'il s'observe avec le summum d'intensité dans le Soudan. Les autres colonies n'en sont pas indemnes, etc. »

Dans les zones les plus chaudes du Brésil, nous n'avons observé absolument rien de semblable à la soi-disant *soudanite*. D'ailleurs nous sommes convaincus que les victimes de cette psychopathie pseudo-tropicale sont des dégénérés communs qui entrent facilement à délirer surtout à cause de la manière défectueuse de vivre dans les climats chauds. On a beau assainir les villes, presque tout le monde s'y acharne à perdre la santé. Le surmenage, l'alcoolisme, le relâchement plus ou moins déguisé des mœurs, tout forme des candidats à la déchéance morale et intellectuelle.

Ainsi que le disait le professeur Treille dès 1899 : « Aux pays chauds comme dans la zone tempérée, c'est moins du côté des défectuosités de l'hygiène individuelle et sociale, moins dans les troubles fonctionnels apportés par le climat à la physiologie de l'homme que dans les aberrations du régime de vie qu'il faut chercher les causes d'altération de la santé de l'Européen. »

Il y a une question connexe à celle des climats, c'est l'influence des groupes ethniques sur la production et la fréquence des psychoses. Pour éviter de prolonger ce

©BIUM

rapport nous ne publierons pas maintenant les résultats de nos recherches. A l'égard de cette question nous croyons qu'il y a nombre de préjugés à détruire. Nous la discuterons dans un travail postérieur.

CONCLUSIONS

1° Il n'existe, dans les zones climatiques appelées tropicales, ni chez les naturels du pays, ni chez les Européens, aucune forme pathologique étrangère à la neuro-psychiatrie des autres climats.

2° Il n'existe aucun rapport entre la proportion des cas de folie survenus à Rio et dans les autres villes du Brésil, et les maxima thermiques des mêmes villes.

3° Il n'existe aucune corrélation entre les composantes climatiques (température, état hygrométrique, etc.) et le nombre des cas de folie, dans les régions chaudes du Brésil.

4° Sous les climats chauds, les corrélations des influences météorologiques et des saisons sur les aliénés présentent, comme sous les climats froids, des différences individuelles. On ne saurait formuler de règles générales à cet égard.

5° L'influence des tropiques sur le système nerveux des individus originaires de pays froids varie beaucoup d'individu à individu, mais le plus souvent elle est liée à la manière de vivre de chacun, et à l'organisation de son système nerveux.

6° Il n'y a pas de motifs pour croire que, sous les climats tropicaux, il y ait une plus grande fréquence de psychoses liées à la malaria. Leur apparition, chez les individus atteints d'impaludisme, dépend d'autres facteurs.

7° Le climat n'influe en rien sur les symptômes des diverses psychoses. C'est dans le degré d'instruction de l'individu que réside la cause des différences qui peuvent se présenter. Le descendant pur de deux Caucasiens, également purs, élevé dans l'intérieur au milieu de gens ignorants, présente les mêmes délires rudimentaires que les individus de couleur dépourvus d'instruction.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE SOLENNELLE DU 29 AVRIL 1907.

Présidence de M. DENY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Mitivié, membre honoraire ; Devaux, Dubourdieu, Gimbal, Juquelier, Marchand, Masbrenier, Petrucci, Piéron, Régis, Thivet, Trénel, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Pottier et Sérieux, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre du président du Congrès international de psychiatrie et de neurologie d'Amsterdam, qui demande à ce que la Société médico-psychologique désigne des représentants à ce Congrès ;

La correspondance imprimée comprend :

1° *Sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale*, par M. Hans Evensen ;

2° *Contribution à la question de la paralysie générale avec le résumé d'un cas de maladie paralysiforme sans lésions histologiques adéquates, d'un caractère relativement stationnaire et combiné avec de l'amyotrophie spinale progressive ;* par M. Erwin Stransky ;

3° *Ecos de las Mercédès*, numéro de janvier 1907.

Mort de M. Ch. Féré.

M. le Président fait part à la Société de la perte douloureuse qu'elle vient de faire par la mort du savant

©BIUM

et regretté collègue, le Dr Ch. Féré, médecin de Bicêtre, qui appartenait à notre Compagnie depuis bientôt vingt-quatre ans.

Rapports de candidature.

M. DUPAIN. — Messieurs, M. le Dr Hans Evensen, médecin-directeur de l'établissement d'aliénés et de l'asile des aliénés criminels de Trondhjem (Norvège), a exprimé le désir de faire partie de votre Société en qualité de membre associé. Vous avez nommé une Commission composée de MM. Pactet, Vallon et Dupain, rapporteur, à l'effet de vous exposer les titres et travaux scientifiques présentés à l'appui de cette candidature.

M. le Dr Hans Evensen nous a fait parvenir un certain nombre de ses travaux. La plupart ont été communiqués aux séances de l'Université de Christiania et publiés soit en Norvège, soit dans les périodiques allemands ou anglais. Ainsi, il y a dans les *Annales générales de psychiatrie allemandes* (1) une analyse très complète d'un travail de M. le Dr Hans Evensen sur la *Démence précoce*, analyse faite par M. le Professeur Foerster (de Bonn). L'auteur a observé la démence précoce chez les malades de l'asile des aliénés de Gaustad (Christiania). Il a observé 182 cas sur des sujets âgés de quatorze à seize ans; entre autres syndromes, il a constaté la catatonie dans 17 p. 100 des cas, la diminution des réflexes patellaires dans près de la moitié des cas, et l'hérédité morbide dans 5 p. 100 seulement des cas. On trouve dans cette étude une revue historique très complète de l'opinion des divers auteurs. Enfin des considérations cliniques sur le diagnostic différentiel terminent ce travail.

Un article important sur *les bases psychologiques des symptômes catatoniques* a été publié par M. le Dr Hans Evensen dans *La Neurologia*, feuille centrale de neurologie, psychiatrie, psychologie et sciences annexes, de Tokio (Japon). Dans cet article, l'auteur

(1) *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und-psychisch-gerichtliche Medizin herausgegeben von Deutschlands Irrenärzten.*

©BIUM

examine (1) les différentes affections avec lesquelles on pourrait confondre la catatonie, à savoir : la stupeur, la catalepsie, l'échokinésie, la stéréotypie, le négativisme. Il rapporte et commente les travaux et les opinions des différents auteurs : Sommer, Müller, Kraepelin, Sérieux et Masselon, etc.

Un autre travail des plus intéressants a paru dans la Revue anglaise de neurologie et de psychiatrie (2) sur *l'anatomie pathologique de la paralysie générale*. L'ouvrage est divisé en deux parties. La première est consacrée à l'examen macroscopique du cerveau, la deuxième à l'examen microscopique. Dans la première partie, l'auteur, après avoir cité les travaux de Bayle et de Calmeil, passe en revue les lésions macroscopiques du crâne, de la dure-mère, de la pie-mère, des artères cérébrales, de la substance cérébrale, du liquide céphalo-rachidien. La deuxième partie est une étude approfondie des lésions histologiques vasculaires. Le texte est enrichi de nombreuses planches photographiques représentant des coupes de vaisseaux de l'écorce cérébrale. On ne peut rien dire de définitif sur la nature des modifications des petits vaisseaux dans la paralysie générale tant qu'on n'aura pas fait de recherches nouvelles; mais ces modifications sont cependant assez caractéristiques pour pouvoir faire le diagnostic, et l'auteur insiste sur les lésions des gros vaisseaux, lésions d'artério-sclérose ou de syphilis (Photographie d'une coupe d'une artère cérébrale avec des lésions probablement syphilitiques — a probably syphilitic cerebral artery). Puis vient l'histologie pathologique de la névroglie, des cellules nerveuses, des fibres nerveuses, des éléments constitutifs de la corticalité. Plusieurs pages sont consacrées au diagnostic différentiel et à l'étiologie de l'affection. Au point de vue de l'origine microbienne de la paralysie générale, l'auteur serait partisan de l'opinion d'une infection générale causée par un bacille analogue au bacille de Klebs-Lœffler. Cette hypothèse présuppose un facteur encore inconnu qui affaiblit le

(1) *Neurologia*, ein Centralblatt für Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und verwandte Wissenschaften.

(2) *Review of Neurology and Psychiatry*.

©BIUM

pouvoir naturel de résistance, non seulement contre les attaques des micro-organismes en général, mais contre celles du bacille diphthéroïde en particulier. Rien n'empêche que ce facteur, encore inconnu, soit l'infection syphilitique ou encore les infections banales dont parle M. Klippel. Comme péroraison, l'auteur conseille aux aliénistes de ne pas considérer l'anatomie comme étrangère aux méditations psychiatriques.

En sa qualité de médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Trondhjem, M. le Dr Hans Evensen donne chaque année des rapports médicaux sur le service qu'il dirige. Ces rapports renferment des observations cliniques. Je cite, entre autres, *un cas de cécité suivie de démence chez un débile avec atrophie et sclérose du cervelet; — dépérissement d'éléments nerveux dans les cas invétérés de folie intermittente sans altérations artériosclérotiques.*

Enfin, M. le Dr Hans Evensen a réuni en une brochure « *Les dix premières années de l'asile d'aliénés criminels de Trondhjem* », dont il est également le médecin-directeur (1). Cette brochure est un tirage à part de la Gazette périodique de l'Union médicale de la Norvège. Ce « *Kriminalasylet* » est destiné à hospitaliser : *a*) les prisonniers qui deviennent aliénés, et *b*) les aliénés qui ont commis des actes délictueux ou qui présentent une dégénérescence morale tellement dangereuse pour la société qu'il n'est pas possible de les maintenir en traitement dans un asile ordinaire. Toutefois, dans ce décours de dix années, l'asile n'a hospitalisé que 50 aliénés, 25 par transfèrements des maisons de correction (criminels devenus aliénés), et 25 aliénés (vicieux), 17 venant des asiles, 6 des hospices privés, et 2 acquittés comme n'ayant pas de discernement. Ce sont des idiots, des anormaux psychiques, des paranoïaques, des déments précoces.

Vous avec apprécié, Messieurs, le mérite clinique et la valeur scientifique du savant et distingué médecin aliéniste de Trondhjem. J'ai le ferme espoir, du reste, que M. le Dr Hans Evensen, lorsqu'il sera des vôtres,

---

(1) *Fra de forste 10 aar af Kriminalasylets virksomhed. Saertryk af Tidsskritt for Den narge laegeforening.*

©BIUM

enverra quelques-unes de ses observations à vos *Annales*. Je vous propose donc, au nom de votre Commission, de réaliser le désir exprimé par notre confrère, en lui décernant, par vos unanimes suffrages, le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Hans Evensen est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

M. VIGOUROUX. — Messieurs, M. le Dr Rémond de Metz, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse, vous a demandé de faire partie de la Société au titre de membre correspondant.

J'ai l'honneur, au nom de la Commission que vous avez désignée, composée de MM. Joffroy, Dupré, Vigouroux, de vous exposer les titres de M. le Dr Rémond.

Successivement préparateur de chimie et prosecteur à la Faculté de médecine de Nancy, préparateur du cours de pathologie interne à la Faculté de Paris, chargé du cours de pathologie et thérapeutique générales, agrégé, puis professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse depuis 1896, le Dr Rémond est trop connu dans le monde médical et en particulier dans celui de la médecine mentale pour qu'il soit nécessaire d'analyser longuement devant vous ses nombreux travaux.

Nous ne ferons que citer simplement ses ouvrages de pathologie interne : *Traité des maladies de l'estomac*. Collabor. avec le professeur Debove, Paris, Rueff, édit., 1893; *Lavage de l'estomac*. Collabor. avec le professeur Debove, Rueff, édit., 1892; *Maladies du pancréas*. Traité de thérapeutique de Robin, 1896; *Maladies du bulbe, de la protubérance et du cervelet*, Traité de Bernheim et Laurent, *Médecine pratique*, 1898, nous réservant d'insister un peu plus sur son œuvre psychiatrique, qui nous intéresse particulièrement.

Le Dr Rémond nous a donné une très belle traduction de l'ouvrage de von Krafft Ebing sur la *Médecine légale des aliénés*; il ne s'est pas contenté d'être le traducteur consciencieux, clair et précis du grand psychiatre viennois, mais il a fait vraiment œuvre personnelle, en ajoutant à la traduction de nombreuses notes,

©BIUM

des observations cliniques personnelles, des textes législatifs français et enfin toute la bibliographie médico-légale française. Grâce à lui, ce traité est complètement adapté à l'usage et à l'instruction des médecins légistes français.

Il est possible et même facile de reconnaître dans l'œuvre de M. Rémond, juxtaposée à celle du professeur Krafft Ebing, la doctrine médico-légale de l'auteur : elle se rattache très nettement à l'Ecole positiviste, ainsi que l'exprime ce passage :

« Il est certain, dit-il, que dans la pratique on parlera longtemps encore du bien et du mal, de moralité et d'immoralité, de punition et de récompense ; mais on ne peut s'empêcher de croire que tout ceci se réduira aux notions beaucoup plus modestes de la nécessité de se plier aux conventions qui règlent les rapports sociaux et à la distinction entre les actes utiles ou nuisibles à la collectivité et à l'individu. »

Dans son *Précis des maladies mentales* (Paris, de Rudeval, édit., 1904), nous trouvons exposés le résumé de son enseignement clinique et les bases scientifiques sur lesquelles reposent ses doctrines psychiatriques :

« C'est en appliquant au système nerveux les mêmes méthodes de synthèse qui ont permis d'établir la pathologie générale des grands viscères, que nous arriverons à avoir des clartés suffisantes de tout ce qui est encore obscur. Nous nous sommes surtout égarés pour avoir recherché exclusivement des altérations spécifiques autres que celles qui peuvent expliquer un symptôme. Aujourd'hui, la notion des spécificités disparaît comme disparaît de plus en plus celle des entités morbides ; l'étiologie spéciale cède le pas à l'anatomie morbide générale parce que la cellule doit présenter peu de modalités dans ses réactions et dans ses origines.

« Les maladies mentales ne peuvent donc être que des maladies cérébrales. Pour qu'une maladie mentale existe, il est nécessaire que le cerveau soit lésé anatomiquement ou chimiquement ; et la philosophie n'est en somme qu'un chapitre de la physiologie, de même que la psychiatrie n'est qu'un chapitre de la neuropathologie. Gardons-nous de remplir légèrement par le « quid divinum » les lacunes inévitables qu'une tech-

©BIUM

nique insuffisante a laissées dans nos notions scientifiques ».

Enfin nous devons dire quelques mots de la classification si originale que M. Rémond applique aux maladies mentales.

Dans le but d'élargir le cadre de la psychiatrie et de la faire entrer le plus généreusement possible dans la pathologie, il a voulu calquer sa classification sur celle des maladies de la moelle, et, de même que l'on divise les maladies de la moelle en *polio-myélite* et *leucomyélite*, il pense qu'il faut diviser les maladies du cerveau « en polio-encéphalites et leuco-encéphalites, maladies de la substance grise et maladies de la substance blanche, maladies du corps du neurone, maladies de ses prolongements ». Et à ces deux groupes, il en ajoute un troisième, pouvant être l'aboutissant des deux autres, qui comprend les encéphalites totales.

Les *polio-encéphalites* (maladies) de la cellule cérébrale comprennent trois subdivisions : 1° celles qui traduisent une insuffisance cellulaire passagère : *mélancolie, manie, délire aigu* ; 2° celles qui traduisent un état tel que la cellule est constamment en imminence d'insuffisance et présente de l'insuffisance périodique : *folies périodiques*, *folies des névrosés* et *des dégénérés* ; 3° celles qui ont déterminé une insuffisance définitive de tout le cerveau ou seulement d'une partie : *incomplets* ou *dégénérés*, *imbéciles*, *idiots*.

Les *leuco-encéphalites* (maladie des prolongements de la cellule) comprennent le *délire chronique* et les *paranoïas*.

Les *encéphalites* totales comprennent les *démences paralytiques*, *précoces*, *séniles* ou *terminales*.

Comme on le voit, cette classification ingénieuse est anatomique et histo-pathologique; il est regrettable qu'elle soit basée non sur des examens histologiques, mais sur des vues théoriques ingénieuses.

L'existence des leuco-encéphalites en particulier aurait besoin de confirmation anatomique. M. Rémond ne s'appuie que sur un cas positif, celui de M. Lagriffe, qui a observé un malade atteint d'un abcès temporal droit ayant respecté l'écorce cérébrale, et qui avait présenté des hallucinations progressives de l'ouïe.

©BIUM

Il n'a jamais constaté par lui-même dans des cas de délire chronique une altération anatomique localisée dans la substance blanche ; mais s'appuyant sur les caractères cliniques de l'hallucination de l'ouïe du persécuté, hallucination d'abord élémentaire puis ensuite verbale, il la différencie de l'hallucination verbale d'emblée de certains délires ; et alors qu'il pense que cette dernière est provoquée par une irritation de la substance grise qui frappe les prolongements protoplasmiques de la cellule et donne lieu à une excitation diffusée à d'autres neurones, il estime que l'hallucination élémentaire du délirant chronique est due à l'excitation limitée du neurone, provoquée par l'irritation de son cylindre-axe. Ce sont là, il faut l'avouer, des vues encore hypothétiques.

Continuant son parallèle entre les maladies de la moelle et celles du cerveau, le Dr Rémond voit dans l'évolution lente du délire, dans sa cristallisation et son absence de rétrocession des points de rapprochement avec la marche et l'évolution du tabes : il y voit une raison de conclure que, dans un cas comme dans l'autre, la substance blanche est primitivement touchée.

Sans vouloir discuter les théories du Dr Rémond, il est évident que seuls les faits cliniques, suivis d'examens histologiques, pourront confirmer la légitimité de cette séduisante classification.

Je crois donc en avoir assez dit pour vous montrer combien était ingénieuse et intéressante la partie théorique de ce précis de médecine mentale ; la partie clinique est conçue dans un esprit scientifique des plus rigoureux et illustrée de nombreuses observations.

De ce rapide et très incomplet exposé des travaux du Dr Rémond, il ressort que la Société médico-psychologique, en associant le Dr Rémond à ses travaux, s'adjoindra un collaborateur du plus haut mérite. Aussi votre Commission vous propose-t-elle de l'admettre comme membre correspondant.

Conformément à ces conclusions, M. Rémond est élu, à l'unanimité, membre correspondant.

M. Vallon. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Moreau (de Tours), Picqué et Vallon de vous présenter un rapport sur la candida-

©BIUM

ture de M. le Dr Paul Duhem, au titre de membre correspondant. Au nom de cette commission, je viens vous demander de conférer à M. Duhem la place qu'il sollicite ; il la mérite à tous égards.

M Duhem a commencé ses études médicales à Lyon, où il a été externe dans les services de MM. Bouveret et Ollier ; il est venu les terminer à Paris. En qualité d'interne suppléant, il a passé plusieurs mois dans le service de M. Vigouroux, à Vaucluse, en 1901 ; dans le service du professeur Joffroy, à Sainte-Anne, en 1902. En 1903, il a été interne de la maison de santé Esquirol, à Ivry.

En 1904, il est devenu assistant au Sanatorium de Boulogne-sur-Seine qu'il n'a pas quitté depuis et où il remplit actuellement les fonctions de médecin-adjoint.

Vous le voyez, Messieurs, depuis plusieurs années, M. Duhem vit au milieu des psychopathes et des névropathes ; dans ce champ fertile il a fait une ample moisson de documents qui lui ont servi à écrire sa thèse de doctorat et plusieurs mémoires intéressants.

Sa thèse, soutenue en 1904, a pour titre : *Contribution à l'étude de la folie chez les Spirites.* En voici un résumé :

« Parmi les médiums, en dehors des dupeurs et des escrocs, on peut distinguer :

« 1° Des aliénés qui, dans un délire déjà plus ou moins systématisé, font intervenir le spiritisme et y puisent alors de nouveaux éléments pour alimenter leur vésanie délirante ;

« 2° Des individus portant déjà le sceau de la dégénérescence ou de la débilité mentale et pour lesquels, dans certains cas, le spiritisme n'est que la cause occasionnelle de l'apparition du délire.

« Ce délire, qui n'est constitué que par des phénomènes médianimiques, n'est autre chose qu'un délire systématisé mystique. C'est du moins la forme la plus fréquente.

« Le spiritisme est chose nuisible en ce qu'il favorise l'éclosion de ces délires ; d'où nécessité pour le médecin d'en montrer les inconvénients, d'en faire ressortir les dangers et d'entrer en lutte avec lui. »

Les autres travaux de M. Duhem sont les suivants :

1° Un article sur la démorphinisation (*Médecin pra-*

©BIUM

ticien, du 20 juin 1906), où il cherche à vulgariser le procédé de sevrage rapide employé par son Maître et beau-père, notre collègue Sollier, en indiquant aussi clairement que possible les phases physiologiques du mécanisme général de démorphinisation ;

2° Un long article sur l'héroïne et les héroïnomanes (*Progrès médical*, février 1907), qui comprend l'étude chimique de l'héroïne, ses rapports avec la morphine, l'étude de seize cas d'héroïnomanie, les accidents du sevrage et l'exposé de deux observations typiques à ce point de vue ;

3° Un article sur le spiritisme.

Enfin M. Duhem a fait à notre Société même diverses communications que vous n'avez sans doute pas oubliées. Il a présenté : une observation de délire spirite en 1904 ; une observation de psychose polynévritique en collaboration avec M. Sollier en 1906 ; enfin, plus récemment, une observation sur le magnétiseur Philippe.

Ce rapide exposé de la carrière et des travaux de M. Duhem vous décideront, nous n'en doutons pas, à accorder à ce laborieux et distingué confrère la place qu'il désire prendre parmi nous.

Conformément à ces conclusions, M. Duhem est élu, à l'unanimité, membre correspondant.

Rapport de la Commission du prix Belhomme.

M. Sérieux. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Joffroy, Gilbert Ballet, Legras, Klippel et Sérieux pour vous soumettre un Rapport sur les mémoires présentés pour le prix Belhomme. Le sujet à traiter était : *La démence épileptique chez les enfants et les jeunes gens*. Les mémoires sont au nombre de trois.

Le mémoire n° 1, dû à M. Marchand, médecin de l'asile de Blois, est basé sur 26 observations de déments épileptiques. Ces observations, personnelles pour la plupart, sont prises avec soin : plusieurs sont suivies des résultats de l'autopsie. L'auteur fait d'abord l'historique de la question ; il étudie ensuite avec détails l'étiologie de la démence épileptique, puis les symptômes. La description de l'affaiblissement psychique des

©BIUM

épileptiques est quelque peu écourtée. Très simple est la classification des diverses formes de la démence épileptique : 1° la démence survient-elle dans les premières années de la vie, les malades ressemblent à des idiots congénitaux ; 2° survient-elle avant la puberté, les malades ressemblent à des imbéciles; 3° apparaît-elle à la puberté ou peu après, les malades ressemblent à des déments précoces. La démence épileptique ne présente rien de bien caractéristique. Quand il existe des troubles moteurs accusés, on a deux formes particulières : la démence épileptique à forme spasmodique et la démence épileptique à forme de pseudo-paralysie générale.

Viennent ensuite deux chapitres intéressants sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de la maladie. M. Marchand expose le résultat de ses patientes recherches sur les maladies cérébrales que l'on rencontre le plus fréquemment chez les déments épileptiques : la méningo-encéphalite chronique et la méningo-corticalite chronique. Pour l'auteur, la démence épileptique n'existe pas en tant que démence causée par l'épilepsie. Il admet quatre formes principales de démence épileptique : 1° l'idiotie et l'imbécillité épileptiques ; 2° la démence précoce épileptique ; 3° la démence épileptique à forme spasmodique ; 4° la démence épileptique à forme de pseudo-paralysie générale. Comment distinguer ces diverses variétés de la démence épileptique des autres démences avec lesquelles on pourrait les confondre? L'auteur a esquivé la difficulté, sauf pour ce qui touche à la paralysie générale juvénile. Il admet, en effet, que l'histoire des antécédents personnels des sujets permet facilement de faire ces différents diagnostics. Il suffit de connaître l'âge du début de l'épilepsie et de la démence pour « savoir immédiatement » si on se trouve en présence d'un idiot ou d'un dément ; « ainsi quand un sujet deviendra dément à l'âge de la puberté, il sera un dément précoce ». Voilà pour le diagnostic de la démence précoce et de la démence épileptique, et peut-être trouvera-t-on que c'est trop simplifier le problème clinique intéressant qui se posait. Cette conception de la *démence précoce épileptique* de M. Marchand nous semble aussi hasardeuse que celle de la

©BIUM

démence précoce par paralysie générale du même auteur. Il y a là, tout au moins, un abus de langage, un prétexte à confusion.

Le mémoire n° 2 a pour devise : « Connaître la marche naturelle des maladies, c'est plus de la moitié de la médecine. » (Trousseau.) Nous y trouvons une bonne étude des symptômes de la démence épileptique ; l'auteur décrit d'abord les modifications psychiques : troubles de l'attention, altérations de la physionomie, troubles de la mémoire, de l'orientation, de la compréhension, modifications du temps de réaction, etc. Puis il examine de près l'état mental des éléments épileptiques à l'aide des exercices scolaires : lecture, écriture, copie, dictée, orthographe, style, calcul. Toutes ces investigations fournissent d'intéressants documents. Dans le domaine de la sensibilité, citons l'étude de l'instinct de sociabilité, des sentiments affectifs, de l'activité, du caractère (irascibilité, défiance, méchanceté, avarice, mensonge). Notons encore, au point de vue physique, l'examen de l'attitude, de la marche, du facies, du regard, des troubles de la parole, etc. Viennent ensuite des chapitres consacrés aux rémissions, aux formes cliniques, au diagnostic : idiotie, démences toxiques, paralysie générale, démence précoce (à propos de cette dernière forme, l'auteur se contente de parler des stéréotypies). Le mémoire se termine par des considérations sur l'anatomie et la physiologie pathologiques et sur l'étiologie.

L'auteur de ce travail est le seul qui se soit appliqué à tracer une description méthodique de l'affaiblissement psychique des épileptiques ; ses remarques sont d'un observateur judicieux ; mais on peut lui reprocher d'avoir insuffisamment tiré parti des données cliniques au point de vue du diagnostic différentiel.

L'auteur du mémoire n° 3, M. le Dr Roger Voisin, distingue trois groupes de faits : 1° la démence épileptique est due à la coexistence d'épilepsie et de paralysie générale juvénile ; 2° la démence revêt une forme particulière avec spasmodicité : démence paralytique et spasmodique ; 3° la démence ne s'accompagne pas de spasmodicité.

Le deuxième groupe surtout est l'objet d'une étude

©BIUM

détaillée ; l'auteur s'inspire des travaux de notre collègue M. Jules Voisin. Il apporte quatorze observations. Pour lui, seule cette forme spasmodique paralytique est uniquement de nature épileptique. Le troisième groupe, par ses symptômes, par sa marche « peut rentrer absolument dans le groupe... des démences précoces ». Et l'auteur n'hésite pas à distinguer dans la démence épileptique non spasmodique quatre formes analogues aux variétés de la démence précoce, à savoir les formes simple, hébéphrénique, catatonique et paranoïde. Il décrit ces formes ; mais il faut avouer que, pour la démence paranoïde entre autres, ses observations sont loin d'être démonstratives et que cette superposition exacte des formes de la démence épileptique aux variétés de la démence précoce paraît quelque peu artificielle. Au point de vue anatomo-pathologique, nous trouvons une mise au point de la question des rapports de la démence spasmodique avec la sclérose névroglique sous-méningée. Quant à la démence précoce épileptique elle est de nature dégénérative, et non pas uniquement de nature épileptique ; il s'agit de démence précoce réveillée ou activée par les phénomènes d'intoxication propres à l'épilepsie.

Ce mémoire renferme quelques aperçus intéressants, mais la recherche des caractères différentiels de la démence épileptique est négligée. Quant à l'assimilation de la démence épileptique (non spasmodique) avec la démence précoce, cette tentative semble assez aventureuse.

En résumé, il nous paraît difficile de faire un classement de ces trois mémoires par ordre de mérite. Chacun d'eux a ses qualités et aussi ses lacunes. Aussi votre commission vous propose-t-elle de partager le prix Belhomme *ex-æquo* entre les trois concurrents.

Pour le prochain prix Belhomme, la Commission propose le sujet suivant :

Du rôle comparatif de la syphilis et de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et le prix Belhomme est partagé *ex-æquo* entre MM. Doury, interne des hôpitaux de Paris ; L. Marchand, médecin-

©BIUM

adjoint de l'asile de Blois, et ROGER VOISIN, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours).

M. VIGOUROUX. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Moreau (de Tours), Arnaud, Colin, Dupré, Vigouroux, rapporteur, chargée d'examiner les mémoires des candidats au prix Moreau (de Tours). J'ai l'honneur, au nom de votre Commission, de vous rendre compte des résultats du concours.

Sept mémoires ont été présentés. Tous sont intéressants à divers point de vue ; quelques-uns ont une réelle valeur et dénotent chez leurs auteurs de solides qualités d'observation.

Le mémoire n° 1 a pour titre : *Le Langage musical et ses troubles hystériques.* Son auteur est le Dr J. Ingegnieros, professeur à l'Université de Buenos-Ayres, directeur du service d'observation des aliénés. Vous connaissez tous ce travail si original et si consciencieux, car son auteur en a communiqué le chapitre le plus important à notre séance du 18 décembre 1905. Je n'en dirai donc que quelques mots. Dans une première partie, il cherche l'*origine* et la *fonction* du langage musical, la *psycho-physiologie* de l'*émotion* musicale, les formes et l'évolution de l'*intelligence* musicale (idiots, imbéciles, intelligents musicaux, talents musicaux et génie musical) ; dans une seconde partie, il passe en revue la *psycho-physiologie du langage musical*, la pathologie du langage musical (amusie, hypermusies et paramusies musicales), les troubles du langage musical chez les hystériques (dysmusie et amusie) et enfin la *psycho-pathologie* des dysmusies hystériques.

Dans ce mémoire, basé sur de nombreuses observations, abondent les théories ingénieuses et originales sur la physiologie cérébrale et sur la nature des troubles hystériques.

Le mémoire n° 2, intitulé : *Les Prophètes juifs des origines à Elie*, a pour auteur le Dr Binet-Sanglé, bien connu des lecteurs de nos *Annales*. Dans ce mémoire plein d'érudition et dont la préface contient une étude

©BIUM

approfondie de la psychologie des dégénérés et en particulier des dégénérés mystiques, le prophète juif nous est représenté comme un type de dégénéré mystique présentant de l'hyperesthésie du sens météorique (?), de la réceptivité télépathique (?), des crises convulsives ou des accès délirants, se trouvant en proie à des rêves intenses ou à des hallucinations visuelles et surtout verbales en rapport avec les suggestions religieuses auxquelles il a été soumis dès son plus jeune âge. Parfois intelligent, habile et astucieux, toujours égoïste et d'un orgueil extrême, triste, haineux, vindicatif et impulsif, doué d'un pouvoir suggestif considérable, il se plaît dans la conjuration, la rébellion et l'insurrection.

Cette étude synthétique basée sur l'exégèse rationaliste est des plus intéressantes.

Le mémoire n° 3 : *Les Empoisonneuses. Etude psychologique et médico-légale*, est la thèse de doctorat de M. René Charpentier, ancien interne des asiles de la Seine, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Venant. C'est un travail de grande valeur et je voudrais l'analyser plus longuement devant vous. Au point de vue historique, nous trouvons une quantité énorme de documents judicieusement classés, puisés aux sources sûres, qui nous font assister aux méfaits des poisons depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Puis, l'auteur se livre à une critique de toutes les observations cliniques qu'il a pu étudier, se rapportant à des crimes commis par des empoisonneuses, et, de cette étude, il conclut qu'un grand nombre des empoisonneuses présentent une série de symptômes communs qui permettent de les réunir dans un groupement bien caractérisé.

Elles ont des antécédents héréditaires le plus souvent chargés, elles présentent des manifestations hystériques : grandes ou petites attaques, vertiges, crises de sommeil, etc., paralysies, anesthésies et hyperesthésies, rétrécissement du champ visuel.

Au point de vue mental, elles sont intelligentes, rusées surtout, mais à côté d'actes longuement prémédités et exécutés avec adresse, elles commettent des maladresses flagrantes, inattendues ; ce sont ces maladresses, du reste, qui les font soupçonner, puis découvrir.

©BIUM

Suggestionnables à l'excès, elles sont tour à tour très mobiles dans leurs désirs et très tenaces dans leurs entreprises, d'une anesthésie affective et morale, contrastant avec une extrême impressionnabilité et une affectivité excessive autant que peu durable qu'explique leur égoïsme vraiment pathologique. Elles sont perverses, menteuses, méchantes, faisant le mal pour le mal, quand elles n'agissent pas pour satisfaire leur vanité ou leur ambition ; elles ont une tendance à simuler, elles sont crédules, ont des pressentiments, croient aux rêves, etc.

Tous ces troubles du caractère et de l'intelligence constituent les stigmates psychiques de la dégénérescence mentale ; les troubles de la sensibilité et de la motilité sont les symptômes de la névrose hystérique; il est donc facile à l'auteur de conclure qu'un certain nombre d'empoisonneuses présentent un état mental bien spécial constitué par l'association de la dégénérescence mentale et de l'hystérie.

Toutefois, il se garde bien de généraliser et il ne considère pas que toute empoisonneuse est une dégénérée hystérique.

Parfois de vraies mélancoliques peuvent devenir empoisonneuses et se servir du poison, soit dans le but d'éviter à leurs enfants les malheurs et les douleurs que la vie leur réserve, soit encore pour attirer sur elles-mêmes la peine capitale, ne pouvant se résoudre à se donner la mort.

Plus loin, l'auteur traite de la simulation de la folie que font parfois certaines empoisonneuses ; puis il parle des fausses accusations d'empoisonnement que souvent la crédulité de la foule accueille avec une trop grande facilité.

Enfin, dans une troisième et dernière partie, il nous donne des considérations médico-légales des plus intéressantes.

Les empoisonneuses dégénérées et hystériques sont certainement des plus dangereuses; le nombre de leurs crimes dépasse parfois tout ce qu'on peut imaginer: l'une a commmis 9 empoisonnements, une autre 30, une troisième empoisonna ou tenta d'empoisonner 102 personnes, etc. « Jamais, dit Nanette Schloenleben,

©BIUM

au moment de sa mort, je n'aurais pu résister à la tentation d'empoisonner encore. »

Elles sont donc éminemment dangereuses pour l'ordre public et la sécurité des personnes. Quels sont les droits et les devoirs de la société à leur égard? Après avoir rapidement passé en revue les diverses opinions sur la responsabilité de ces anormaux, le Dr Charpentier conclut à leur internement dans un asile de sûreté pour psychopathes dangereux.

Le mémoire n° 4 est dû à Mlle Pascal, interne des asiles de la Seine. Il constitue également sa thèse de doctorat. Il a pour titre : *Formes atypiques de la paralysie générale*. C'est un mémoire très documenté, possédant une bibliographie française et étrangère des plus complètes, et reposant sur soixante-trois observations cliniques, dont la plupart sont personnelles, et sont accompagnées d'autopsie et d'examens histologiques. Mlle Pascal étudie certains syndromes, hémiplégie, aphasie, qui, au cours de la paralysie générale, compliquent l'aspect clinique et l'évolution de cette maladie.

Dans un premier groupe, sont étudiées les prédominances régionales de la méningo-encéphalite diffuse. Suivant des affinités régionales, qui sont sous la dépendance de la vulnérabilité inégale physiologique et individuelle des divers territoires du cerveau, apparaissent les syndromes cliniques en rapport avec les localisations.

Dans un second groupe, sont comprises les lésions en foyer (hémorragies ou ramollissement localisés) qui viennent se juxtaposer aux lésions diffuses de la paralysie générale. Ces lésions sont rares, car elles nécessitent l'oblitération ou la rupture d'une artère cérébrale de moyen calibre, et l'on sait que le plus souvent ces artères sont respectées dans la paralysie générale. Elles se rencontrent plus fréquemment dans les formes de paralysie générale associées décrites par Klippel, où l'inflammation diffuse vient se greffer sur un cerveau déjà touché par des lésions vasculaires dégénératives préalables.

Dans un troisième groupe, sont rangées les atrophies prédominantes d'un hémisphère.

La seconde partie de cette thèse comprend l'étude clinique des formes atypiques de la paralysie générale :

©BIUM

1° Forme hémiplégique, complète ou incomplète, flasque ou avec contracture ;

2° La forme aphasique totale ou partielle, aphasie motrice ou sensorielle, suivant la prédominance des lésions à la partie antérieure ou à la partie postérieure de cette zone.

Comme vous le voyez par ce court résumé, le travail de M^lle^ Pascal est considérable, et, je le répète, il est appuyé sur de nombreuses observations cliniques.

Le mémoire n° 5 a pour titre : *La Question des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis nerveuse.* Il a pour auteur M. le D^r^ Antonin Porot, ancien interne des hôpitaux de Lyon, élève du professeur agrégé Lannois.

S'appuyant sur les observations cliniques d'une trentaine de cas de syphilis nerveuse, traités dans le service de M. Lannois, l'auteur conclut que l'enthousiasme manifesté dans ces dernières années pour l'emploi des injections mercurielles dans la syphilis nerveuse a été excessif.

L'observation clinique lui a montré que les résultats obtenus sur vingt cas de tabes ou de paralysie générale ont été à peu près nuls : dans un cas seulement fut notée une rémission au cours de la paralysie générale, et une fois aussi la réapparition du réflexe rotulien chez un tabétique.

Déjà, à la période tertiaire, la guérison de la gomme est obtenue par la substitution d'un tissu de cicatrice à l'élément noble disparu, d'où résulte toujours une perte fonctionnelle ; à plus forte raison, les lésions d'emblée sclérosantes de ce qu'on appelle la parasyphilis ne sauraient être modifiées par le traitement mercuriel.

Ce travail, auquel on ne pourrait reprocher que le nombre relativement restreint d'observations sur lesquelles s'appuient les conclusions, est clair, précis, et dénote chez son auteur un véritable esprit scientifique et un grand sens clinique.

Le mémoire n° 6 est la thèse de doctorat de M. Adrien Hocquet, interne de la Maison nationale de Charenton. Il porte sur : *Les Sorties provisoires à titre d'essai.*

Après avoir fait l'historique déjà long des travaux suscités par cette question et des vœux exprimés par

©BIUM

des médecins aliénistes en France, il montre ce qui se fait à l'étranger ; puis, dans des chapitres spéciaux, il insiste sur les avantages que le malade peut retirer de la sortie provisoire, indique les précautions qui doivent entourer sa pratique, montre quelle catégorie de malades doit bénéficier de cet essai, et, par des observations personnelles, il indique les résultats que l'on peut en obtenir.

Il conclut en souhaitant qu'une loi vienne dégager la responsabilité du médecin traitant en autorisant l'usage des sorties provisoires à titre d'essai.

C'est un travail consciencieux et complet sur cette question qui obtiendra, espérons-le, satisfaction par le vote de l'article 42 du projet Dubief soumis au Sénat.

Le dernier mémoire, n° 7, est, comme le précédent, une contribution à l'assistance et au traitement des aliénés. Il a pour auteur le Dr Fernand Bouffard, et pour sujet : *L'Assistance aux aliénés dans leur convalescence.*

Dans le département de la Seine, tous les ans 2.000 aliénés sortent guéris ou améliorés des asiles publics. Un certain nombre d'entre eux sont des indigents à qui la vie est difficile, et chez eux la misère, le surmenage, le découragement peuvent être des occasions de rechute.

Il est utile qu'ils puissent rencontrer, en dehors de l'asile un soutien moral et pécuniaire qui leur permette d'affronter les difficultés de la vie sociale. A Paris, à Lyon, à Nancy, existent déjà des Sociétés de patronage qui viennent en aide à l'aliéné convalescent.

Il serait désirable qu'en France il existe :

1° Des patronages en plus grand nombre dans chaque département ;

2° Des dispensaires psychiatriques où l'aliéné convalescent trouverait à la fois le traitement psychique et le médicament qui lui sont nécessaires ;

3° Des ateliers spéciaux pour anciens aliénés et alcooliques.

Une telle organisation peut être du ressort de l'initiative privée, mais il serait utile qu'elle soit appuyée de mesures législatives.

Ces différentes constatations et conclusions sont appuyées sur des documents intéressants, qui gagne-

©BIUM

raient toutefois à être complétés, l'auteur ayant un peu trop négligé certaines Sociétés de patronage déjà existantes.

Comme vous le voyez, Messieurs, les mémoires présentés pour le prix Moreau (de Tours) sont non seulement nombreux, mais aussi sont intéressants à des titres divers ; mais tout en reconnaissant les mérites de tous ces travaux, votre Commission a jugé que deux de ces mémoires étaient particulièrement dignes de récompense : ce sont ceux de M. René Charpentier et de Mlle Pascal. Aussi vous demande-t-elle de vouloir bien partager le prix entre ces deux auteurs. Elle vous propose en outre de donner une mention très honorable à M. le Dr Porrot.

Conformément aux conclusions de ce rapport, le prix Moreau (de Tours) est partagé entre M. René Charpentier, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant, et Mlle Constanza Pascal, interne des asiles de la Seine. — Une mention honorable est accordée à M. Antonin Porot, de Lyon.

Rapport de la Commission du prix Semelaigne.

M. Paul Sollier. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Christian, Legrain, Semelaigne, Kéraval et Sollier, rapporteur, pour examiner les mémoires du prix Semelaigne. Un seul mémoire nous est parvenu. La question posée était : Des sorties provisoires à titre d'essai, au point de vue clinique, administratif et législatif. Comme le fait remarquer son auteur, M. Bussard, elle est intéressante à la fois pour le médecin, pour le malade et pour la société, et soulève de multiples problèmes de clinique, de thérapeutique, de législation, d'hospitalisation et d'assistance.

Après un rapide exposé historique de l'évolution des lois sur les aliénés, l'auteur aborde la question même de la sortie provisoire à titre d'essai, à laquelle il assigne un double but, thérapeutique et expérimental.

Il indique le moment opportun de la convalescence dans lequel on peut la tenter, et montre à quelles diffi-

©BIUM

cultés pratiques on se heurte parfois pour l'appliquer. L'impossibilité pour le médecin d'autoriser des sorties à titre d'essai prolonge outre mesure dans beaucoup de cas les internements. Ce ne serait cependant pas un droit excessif puisque les préfets ont celui de faire sortir un malade sans guérison déclarée par le médecin, quand il juge qu'il peut vivre au dehors.

L'épreuve de la sortie d'essai prend fin aussitôt que la nécessité l'exige. C'est à la fois l'une de ses conditions et l'un de ses avantages, que la rapidité et la facilité de la réintégration de l'aliéné qui viendrait à présenter de nouvelles manifestations. La sortie à titre d'essai évite en outre aux convalescents le contact avec les autres aliénés.

En regard des avantages, les inconvénients de la sortie à titre d'essai se résument dans les dangers dont elle pourrait être la source. Mais ces dangers sont facilement évitables, le médecin n'accordant pas la sortie à titre d'essai aux aliénés trop suspects, et rien n'empêchant d'ailleurs la sortie définitive de ces mêmes aliénés placés volontairement malgré leur non-guérison. La responsabilité du médecin est moins engagée qu'avec la sortie définitive où il déclare la guérison.

M. Bussard passe ensuite à l'historique de la question.

L'idée des sorties à titre d'essai remonte loin, puisque Esquirol les signalait déjà comme existant en Allemagne et les demandait dans la loi de 1838. On en a fait des essais à diverses reprises à Paris, et ailleurs, avec l'agrément des préfets. La plupart des aliénistes se sont prononcés contre ces sorties qui auraient donné de fâcheux résultats, alors que MM. Christian et Ritti s'en sont toujours bien trouvés; le Dr Legrain les préconise aussi. La sortie à titre d'essai entraîne fatalement un régime légal spécial et une réglementation particulière de ce mode d'assistance intermédiaire entre la liberté et l'internement. A ce point de vue M. Bussard analyse encore très soigneusement tout ce qui a été fait ou proposé. Il en ressort que la surveillance des aliénés en congé est à l'état d'ébauche et que leur assistance est à créer.

Pour appuyer les opinions il faut des faits, et c'est aux documents cliniques qu'est consacré le chapitre IV.

©BIUM

Ici nous ferons une critique à l'auteur qui ne cite que les observations favorables. Il est vrai qu'il publie ensuite des statistiques qui permettent de se rendre compte de la proportion des échecs. D'autre part, le plus grand nombre de ces observations se rapportent à des sorties définitives et permettent seulement de constater l'action exercée sur le convalescent par la rentrée dans le milieu normal. Il aurait été assez intéressant de voir, dans les cas d'échec, quelle influence la sortie pouvait avoir eue sur l'évolution ultérieure de la maladie après le retour à l'asile.

Les statistiques aboutissent à ceci que sur 2.257 sorties d'essai il y a eu 513 réintégrations, soit 22 p. 100 d'échecs. Quant aux indications de ces sorties, c'est surtout l'absence d'indication formelle pour le maintien de l'internement qui pose la question. La plus grande divergence d'opinions et le plus grand vague existent à l'égard de ces indications qui dépendent de chaque cas au point de vue nosographique et au point de vue des conditions dans lesquelles se trouvera placé le malade pendant son congé. C'est une question d'espèce que le sens clinique du médecin est seul capable de juger, en somme.

Le chapitre VI est consacré à l'examen de ce qui a été fait à cet égard à l'étranger, et une bibliographie soignée termine ce mémoire qui conclut à l'adoption des sorties à titre d'essai dans certaines maladies mentales surtout, à une législation qui atténue la responsabilité des médecins qui en usent, et à une réglementation de la surveillance des aliénés en congé.

Quoiqu'il n'ait pas de concurrent, le mémoire de M. Bussard a paru à notre Commission mériter le prix Semelaigne. L'auteur a non seulement fait une œuvre très complète d'érudition, mais a su montrer en même temps une impartialité très grande et un sens clinique très avisé, qui nous fait espérer qu'il ne s'en tiendra pas là et qu'il saura utiliser les nombreux matériaux qui sont à sa disposition sous une direction aussi compétente que celle de notre collègue dont il est le médecin adjoint.

Votre Commission a choisi pour le prix à décerner en 1909 le sujet suivant : *Histoire de l'origine et de l'évo-*

©BIUM

lution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et le prix Semelaigne est décerné à M. BUSSARD, médecin-adjoint de la Maison de santé de Neuilly-sur-Seine.

Le placement des aliénés difficiles. — Vote d'un vœu.

M. le PRÉSIDENT donne lecture du vœu déposé à la dernière séance par M. Vigouroux, au nom de la Commission chargée d'étudier les modifications à apporter au projet de la loi sur le régime des aliénés, en ce qui concerne le placement des aliénés difficiles ou dangereux.

Ce vœu, après quelques changements proposés, a été libellé ainsi qu'il suit :

« La Société médico-psychologique de Paris, toutes réserves faites sur l'opinion de ses membres sur l'ensemble de la loi, considérant que dans l'intérêt des aliénés traités dans les asiles, et afin que les asiles, ces hôpitaux de traitement des maladies mentales, puissent se rapprocher, dans la mesure du possible, des hôpitaux ordinaires, il importe que les asiles soient déchargés des malades particulièrement dangereux en raison de leurs tendances aux réactions violentes, ainsi que des aliénés difficiles qui comptent souvent plusieurs internements et dont le caractère indiscipliné et les tendances perverses sont une cause permanente de troubles pour les autres malades et pour le fonctionnement des services, présente à la Commission sénatoriale chargée d'étudier le projet du Dr Dubief sur la loi des aliénés, le vœu que les modifications suivantes soient introduites dans le projet :

« 1° Que dans l'article II du projet de loi il soit prévu des quartiers spéciaux destinés aux aliénés difficiles, en même temps que des asiles spéciaux destinés au traitement des arriérés, épileptiques et alcooliques ;

« 2° Que les dispositions de l'article 40 concernant la sortie des aliénés criminels soient applicables aux aliénés difficiles ;

« 3° Qu'au paragraphe I de l'article 39 énumérant les

©BIUM

catégories de malades pouvant être placés dans les asiles de sûreté, il soit ajouté :

« Les aliénés qui n'ayant pas commis d'actes qualifiés crimes ou délits contre les personnes sont déclarés particulièrement dangereux par un rapport médical motivé en raison de leurs tendances aux réactions violentes ;

« 4° Que dans l'article 35 ainsi conçu :

« Les individus de l'un ou l'autre sexe condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles *de plus de un an et un jour* d'emprisonnement qui sont reconnus épileptiques ou aliénés..... sont retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine dans les asiles ou quartiers de sûreté;

« Les mots « de plus de un an » et un jour d'emprisonnement soient supprimés. »

Ce vœu, mis aux voix, est voté à la majorité des membres présents.

Nomination d'une commission chargée d'étudier le projet de loi sur les aliénés, voté par la Chambre des députés.

Sur la proposition de quelques-uns de ses membres, la Société nomme une Commission chargée d'étudier le projet de loi sur les aliénés voté récemment par la Chambre des députés.

Font partie de cette Commission : MM. Arnaud, Ballet, Chaslin, Colin, Dupré, Pactet, Régis, Vallon et Vigouroux.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. Dupain et A. Vigouroux.

SÉANCE DU 27 MAI 1907

Présidence de M. DENY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Juquelier, Hamel, Phulpin, Trenel, Truelle et Vernet, membres correspondants, assistent à la séance.

©BIUM

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Vigouroux, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Des lettres de MM. Duhem et Rémond, qui remercient la Société de les avoir nommés membres correspondants ;

3° Des lettres de MM. Doury, Marchand et Roger Voisin, qui remercient la Société de leur avoir décerné le prix Belhomme ;

4° Une lettre de M. le Dr Hartenberg, de Paris, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Deny, Kéraval et Semelaigne, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Maurice Olivier, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Ylie, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Arnaud, Klippel et Toulouse, rapporteur.

6° Une lettre de M. Marie, médecin en chef de l'asile de Villejuif, qui pose sa candidature à une place de membre titulaire.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Essai sur la réforme de la loi de* 1838 *et sur le projet Dubief*, par M. le professeur Rémond, de Toulouse ;

2° *Ecos de las Mercédès,* numéro de février ;

3° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales,* numéro d'avril.

Surdité complète par lésion bilatérale des lobes temporaux. Troubles aphasiques concomitants,

par MM. J. Charpentier et Halberstadt,
médecins-adjoints des asiles.

Au moment où toute la théorie classique de l'aphasie, et particulièrement le rôle du lobe temporal dans la perception des sensations auditives, est remise en discus-

sion, il nous a semblé opportun de verser aux débats le document clinique suivant :

La femme B..., âgée de cinquante-trois ans, concierge, entre à l'Asile clinique (Sainte-Anne), dans le service de notre maître, M. le Dr Dubuisson, le 25 novembre 1904.

Nous n'avons pu obtenir aucun renseignement sur ses parents. Nous savons seulement qu'elle a deux sœurs et cinq enfants bien portants. Dans ses antécédents personnels, nous ne relevons aucun accident pathologique.

Il y a sept ans, la malade a eu une première attaque apoplectique avec hémiplégie droite. Elle n'a pu se lever qu'au bout de trois semaines. En même temps elle avait perdu la parole. « Il fallut, nous dit sa fille, de qui nous tenons ces renseignements, lui rapprendre à parler comme à un bébé. » Finalement, elle recouvra la parole, sauf certains mots. Dès cette époque son entourage remarqua qu'elle s'affaiblissait au point de vue psychique, notamment en ce qui concerne la mémoire.

Il y a quatre ans, la malade a eu une deuxième attaque avec hémiplégie, cette fois, du côté gauche. En même temps, les phénomènes d'aphasie ont reparu et la malade a perdu l'usage de la parole pendant deux mois.

Six semaines avant son entrée, la malade essuya une troisième attaque, et, pour la troisième fois, elle perdit la parole qui revint, peu à peu, au bout de huit jours. En même temps apparurent des troubles mentaux : elle craint qu'on lui coupe le cou, refuse de manger de peur d'être empoisonnée, veut se jeter par la fenêtre. L'affaiblissement intellectuel n'a fait que des progrès : elle est désorientée dans le temps et dans l'espace, elle se trompe de nom en appelant ses enfants. Mais ce qui a frappé son entourage, depuis sa dernière attaque, c'est que celle-ci l'a laissée complètement sourde : ses enfants sont formels sur ce point. Avant, la veille de son attaque, le matin même, elle entendait parfaitement. Elle aurait, nous dit sa fille, entendu une épingle tomber à terre. Sans doute, auparavant, son fils avait bien remarqué que, depuis dix-huit mois, elle ne comprenait pas ce qu'on lui disait et répondait à côté. Mais il fait une différence nette entre cet état et celui dans lequel l'a mise sa dernière attaque et qu'il qualifie de surdité. Elle n'entend, dit-il, aucun bruit.

C'est également ce qui nous frappe tout de suite dès l'arrivée de cette femme dans le service. Elle est frappée, non pas de surdité verbale, mais de surdité presque complète. Nous exécutons à son oreille les bruits les plus divers : coups dans les mains, sifflet, son de grosse sonnette. Elle ne manifeste en aucune façon les avoir entendus. Pendant qu'elle est occupée

©BIUM

à déchiffrer péniblement une phrase que nous lui mettons sous les yeux, nous exécutons avec les mains un coup sonore à une oreille, elle ne semble en aucune façon l'entendre, et, pour parler familièrement, ne bronche pas. Il est frappant, notons-le, que dans toutes les épreuves où l'on produit un bruit brusque et intense à son oreille, le réflexe auditivo-palpébral fait défaut. Elle se rend, d'ailleurs, compte de son état elle-même et s'en lamente. Elle voulut même, un jour, se piquer les oreilles avec une pointe métallique pour faire cesser la surdité.

En même temps, notre malade présente des reliquats de l'aphasie motrice, dont elle a été frappée à plusieurs reprises, désignant certains objets, soit par d'autres noms que le leur, soit par un néologisme (montagne pour montre, ponines pour bottines, etc.). Mais quand elle parle spontanément, elle s'exprime très correctement.

Enfin, cette femme présente une particularité qui a retenu longtemps notre attention. Place-t-on sous ses yeux des phrases exprimant soit des ordres, soit une injure susceptible de provoquer chez elle des réactions marquées, elle les lit, tantôt avec peine, tantôt assez facilement, mais demeure impassible devant l'écrit et ne témoigne en aucune façon qu'elle a compris. On dirait qu'elle oublie chaque mot, chaque syllabe, au fur et à mesure qu'elle les prononce et qu'ainsi elle est incapable de tirer de la phrase entière aucune signification. Elle lit même certains mots en les décomposant incorrectement avec obstination : VO-LÉ-USE. Enfin, quelquefois, elle lit incorrectement les lettres : « Mangare pour manger. » Somme toute, elle lit, mais ne comprend pas ce qu'elle lit. Ses enfants ont fait, du reste, la même remarque. Ils essayaient, puisqu'elle était sourde, de se faire comprendre par écrit; elle prenait le papier, *le lisait* et le rejetait sans avoir compris. Sa fille prétend même qu'elle lit mieux qu'auparavant, car depuis sa première attaque, elle ne lisait plus du tout. Avant d'être malade elle lisait très bien et était fidèle à son feuilleton.

Ajoutons que l'écriture est conservée incorrecte, sans doute, mais peut-être pas plus qu'avant sa maladie, puisque cette femme est évidemment peu lettrée.

A l'examen physique : hémiparésie droite, avec légère déviation de la commissure labiale du même côté.

Tel fut le résultat de notre examen dans les premiers jours de l'entrée de cette malade. Dans la suite, notre attention fut attirée sur deux points :

D'abord, au bout de quelques jours, la surdité sembla entrer peu à peu en régression. Elle nous en fit part : « J'entends plus clair »; témoignant, par là même, qu'auparavant elle était complètement sourde.

Dans quelle mesure notre malade recouvra-t-elle l'audition? Il nous serait difficile de le dire ; nous pouvons dire seulement qu'elle la recouvra en partie, mais pas complètement. Elle semblait entendre mieux à droite qu'à gauche, et, en tout cas, une chose nous frappa, c'est qu'elle ne témoigna jamais avoir compris la parole parlée. Elle reste impassible quand on lui crie dans l'oreille, les mains en porte-voix : « Allez-vous-en! Levez-vous! Tirez la langue, etc. », alors qu'elle se retourne quand elle entend une chaise tomber derrière elle.

Nous nous aperçûmes, en même temps, d'un fait qui compliquait ce cas déjà si complexe, à savoir : la diminution considérable de l'attention chez cette malade. Ce n'est là qu'une modalité de l'affaiblissement intellectuel qui va grandissant à chaque nouvel ictus, et dont elle a donné des preuves à son entourage.

L'épreuve suivante montre combien cette faiblesse de l'attention rend difficile l'observation de la malade. Nous lui appliquons (en ayant soin qu'elle ne s'aperçoive pas de notre manœuvre) une montre sur le front. Elle continue à causer avec la surveillante, sans se soucier de rien, sans porter la main à son front, sans témoigner qu'elle s'aperçoit de ce que nous faisons.

Notre malade meurt le 20 décembre, à la suite d'une dernière attaque d'hémiplégie ; celle-ci, à gauche, survenue graduellement, sans perte absolue de conscience. Elle avait donc été paralysée deux fois du côté droit et deux fois du côté gauche.

Autopsie. — Le crâne présente une exostose à la face interne de la voûte, du côté droit, dans la région frontale.

Les méninges sont légèrement épaissies à gauche, où il y a un léger épanchement de liquide jaunâtre sous-méningé.

A la surface de l'hémisphère gauche, nous observons un premier ramollissement occupant toute la moitié postérieure de la première circonvolution temporale qui est complètement ratatinée ; la lésion se prolonge jusqu'au lobe occipital.

Les deux hémisphères, soumis aux coupes de Pitres, nous présentent les divers ramollissements suivants :

Dans l'hémisphère droit : 1° Un gros foyer occupant toute la longueur du lobe frontal, occupant surtout le centre ovale, et entamant fortement la partie externe de la couronne rayonnante ;

2° Un petit foyer occupant la substance blanche de la première circonvolution temporale, à sa partie antérieure ;

3° Un petit foyer, à l'intérieur du noyau lenticulaire ;

4° De petits foyers siégeant sur l'écorce des deux circonvolutions temporales au fond du sillon parallèle.

Dans l'hémisphère gauche : 1° Petite lésion à la partie antérieure, interne et supérieure de la couche optique ;

©BIUM

2° Petit foyer à la partie inféro-externe du noyau lenticulaire;

3° Autre foyer plus gros à l'extrémité inférieure de l'avant-mur;

4° Gros foyer sectionnant presque complètement la couronne rayonnante à sa partie postérieure;

5° Dans le lobe occipital, un foyer se prolongeant jusqu'à la surface interne de la troisième circonvolution occipitale;

6° Enfin, sur les coupes de cet hémisphère, nous pouvons constater que la première temporale est ramollie jusqu'à sa base.

De l'examen des autres organes, il n'y a à retenir que l'aspect graisseux du foie, et la présence de nombreux calculs dans la vésicule biliaire, fait à rapprocher du subictère que la malade a présenté dans les derniers jours de sa vie.

Le cœur est sain et l'aorte n'est pas athéromateuse.

Tels sont les faits; essayons maintenant de les interpréter :

Faisons remarquer tout d'abord que, ainsi que nous l'avons dit, les facultés intellectuelles sont notablement affaiblies, et que cet affaiblissement intellectuel porte surtout sur l'attention. C'est un point à ne pas perdre de vue dans l'interprétation des divers troubles que nous allons passer en revue, surtout depuis que M. P. Marie a insisté sur la fréquence et l'intensité de la diminution de l'intelligence chez les aphasiques.

Il ne faut pas chercher la cause de cet affaiblissement intellectuel ailleurs que dans les lésions diffuses de l'écorce cérébrale, ainsi que l'un de nous a cherché à le montrer dans sa thèse, sous l'inspiration de M. Vigouroux. Dans l'espèce, nous n'avons point constaté macroscopiquement des lésions de méningo-encéphalite, à part un léger épaississement des méninges à gauche. Mais la multiplicité et la diminution des foyers de ramollissement démontrent surabondamment que les lésions du système circulatoire cérébral sont généralisées.

Rappelons aussi, en passant, que sur ce fonds d'affaiblissement démentiel ont germé quelques idées délirantes : il n'est pas impossible que celles-ci soient sous la dépendance d'un processus d'auto-intoxication due aux lésions hépatiques, dont témoignent le subictère observé chez notre malade, et la lithiase biliaire constatée à l'autopsie.

©BIUM

Ceci dit, passons à l'examen successif des divers troubles présentés par notre malade.

1° *La surdité.* — Que faut-il penser de la surdité que nous a présentée notre malade? Et d'abord, peut-on nous objecter, cette malade était-elle réellement sourde? Cette surdité n'était-elle pas plutôt une simple apparence due aux troubles de l'attention?

Assurément non. La perte de l'attention peut, quelquefois, donner à l'entourage l'impression que le malade qui en est affecté est sourd. Mais, chez ces malades, certains déments précoces, par exemple, l'inattention porte indifféremment sur toutes les sensations auditives. Ce n'est pas le cas chez notre malade : elle n'est pas inattentive à ce qui l'entoure, elle manifeste du plaisir quand on vient la voir, et, à moins de supposer une inattention limitée aux sensations auditives, ce qui est inadmissible, nous devons admettre qu'elle est réellement sourde.

Cette surdité ne peut-elle pas s'expliquer par des lésions périphériques? Pas davantage. Bien que le temps nous ait manqué pour soumettre notre malade à un examen méthodique de l'ouïe, il est certain qu'avant la troisième attaque l'ouïe était parfaite, et qu'immédiatement après elle était totalement supprimée.

Le rapport entre la production de la surdité et l'ictus apoplectique est donc flagrant ; et c'est aux lésions cérébrales que nous nous trouvons amenés à rapporter ce trouble sensoriel.

Le cerveau nous présente, en effet, une destruction bilatérale incomplète des centres corticaux de l'audition (partie moyenne des première et deuxième circonvolutions temporales).

A gauche, la première circonvolution temporale est complètement détruite dans sa moitié postérieure.

A droite, les lésions sont moins étendues et se présentent sous la forme de petits ramollissements occupant la substance blanche de la première circonvolution temporale, à sa partie antérieure, et l'écorce du sillon parallèle à sa partie moyenne.

L'exiguïté des lésions à droite est peut-être la circonstance qui a permis à l'audition de se rétablir en partie. Notons, du reste, que lorsque la malade recom-

©BIUM

mença à entendre un peu, c'était du côté droit qu'elle semblait entendre le mieux.

Notre cas serait donc un cas de surdité corticale faisant pendant aux observations de cécité corticale par lésion bilatérale des lobes occipitaux dont la littérature médicale offre un certain nombre d'exemples.

Cette interprétation vient tout à fait à l'encontre des idées émises l'année dernière par M. P. Marie pour qui : « Rien ne nous autorise actuellement à considérer la « première circonvolution temporale comme étant le « centre de l'audition ».

Mais alors, que faut-il penser de notre cas et de ceux rapportés par Collet dans son travail sur les *Troubles auditifs dans les maladies nerveuses*, où des lésions uni ou bilatérales des lobes temporaux ont amené une diminution de l'ouïe plus ou moins considérable (cas de Alcock, Wernicke et Friedländer, Hutin, Renwers, Kauffmann), et des observations de Huguenin, Seppili, montrant chez des sourds-muets l'atrophie symétrique des circonvolutions temporales ?

Rappelons enfin que lorsque chez notre malade, la surdité commença à entrer en régression, le langage parlé continua à rester pour elle lettre morte, ce qui s'explique probablement par ce fait que c'est dans le lobe temporal gauche qui renferme le centre des images auditives verbales, que les lésions ont été les plus profondes.

Dans la théorie de Marie, le déficit intellectuel suffirait à expliquer ce phénomène.

2° *Aphasie motrice.* — A quelles lésions l'aphasie motrice qu'a présentée notre malade doit-elle être rapportée ?

On peut l'expliquer classiquement, nous semble-t-il, par des lésions de la circonvolution de Broca. A la vérité, cette circonvolution paraissait, macroscopiquement, absolument saine. Mais, il faut remarquer que, à chaque ictus, l'aphasie n'a pas duré bien longtemps, et que, dans ces conditions, elle peut bien s'expliquer, comme les crises d'aphasie de la paralysie générale, par des troubles circulatoires également passagers. Néanmoins, empressons-nous d'ajouter que notre cas fournit ici tous les éléments suffisants à l'application de la théorie

nouvelle de P. Marie, et peut, par conséquent, s'expliquer aussi suivant elle.

Nous avons, en effet, ici, de l'affaiblissement intellectuel, des lésions du territoire de Wernicke (en l'espèce, lésion de la moitié postérieure de la première temporale), des lésions productrices d'anarthrie (petite lésion du noyau lenticulaire, et grosse lésion de la capsule externe).

3° Nous en arrivons maintenant à un trouble bien spécial présenté par notre malade : ce fait qu'elle lit le plus souvent correctement, mais ne comprend pas ce qu'elle lit.

Suivant la théorie classique, nous serions ici, croyons-nous, en présence d'un cas de ce que Brissaud désigne sous le nom de : « cécité psychique des mots » : variété de cécité verbale peu commune et toute particulière, consistant en ceci : « que le malade peut lire les lettres et les mots, les copier même sans en saisir le sens ».

Avec la théorie de P. Marie, il faudrait tout simplement rapporter ce trouble, comme toutes les aphasies sensorielles, à la diminution de l'intelligence.

En résumé, les points qui nous semblent particulièrement dignes de remarque dans cette observation sont les suivants :

1° Surdité complète succédant à une attaque de ramollissement cérébral et vraisemblablement attribuable à des lésions bilatérales des lobes temporaux ;

2° Surdité verbale, survivant à la surdité corticale ;

3° Cécité psychique des mots.

Déficit intellectuel, lésion de la région de Wernicke, lésions productrices d'anarthrie : tout est réuni ici pour la mise en application de la théorie de P. Marie aux troubles aphasiques qu'a présentés notre malade.

Mais à l'égard de la surdité, notre cas semble contredire formellement cet auteur, lorsqu'il dénie au lobe temporal toute ingérence dans la perception des sons.

©BIUM

De l'involution présénile dans la folie maniaque-dépressive.

DISCUSSION

M. ARNAUD s'était fait inscrire pour prendre part à la discussion qui devait suivre la communication faite, en janvier dernier, par M. Ducosté, sur l'involution présénile dans la folie maniaque-dépressive. Mais cette communication, telle qu'elle a été publiée, lui semble très écourtée; elle ne nous fait pas connaître le rôle qu'on fait jouer à cette involution présénile. Il est donc à désirer que la question puisse être discutée à propos d'une communication nouvelle.

M. LE PRÉSIDENT. — Dans l'espérance qu'une communication nouvelle donne prochainement satisfaction à M. Arnaud, j'estime qu'il y a lieu de laisser la question inscrite à l'ordre du jour.

La séance est levée à 5 h. 45.

J.-M. DUPAIN.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt.

Année 1903.

I. — *Pathologie du sentiment de reconnaissance*; par le Dr A. Pick (numéro de janvier). — On connaît le rôle joué dans certaines psychoses par les agnoscies consécutives à des affections organiques du cerveau. L'auteur insiste sur l'importance en psychopathologie de deux autres facteurs : la reconnaissance (identification), et la certitude du souvenir. C'est la perte du sentiment de reconnaissance, normalement lié à toute perception, qui explique chez certains épileptiques ou hystériques ces états crépusculaires dans lesquels l'entourage leur paraît étranger, sans qu'on puisse observer des signes d'anesthésie ou de parasthésie psycho-sensorielle. Ce défaut de reconnaissance peut amener la perplexité et même l'angoisse, il peut entraver le sentiment d'unité, de continuité de la conscience et produire le dédoublement de cette faculté. De même, des sensations de reconnaissance particulièrement fortes peuvent faire prendre pour des réalités le contenu de certains rêves, et la diminution de ces sensations explique l'erreur de certains épileptiques qui prennent pour des rêves des faits réellement vécus par eux. Le défaut de reconnaissance peut également faire apparaître comme nouveaux des faits déjà enregistrés antérieurement. C'est ainsi que l'auteur a pu voir un paralytique général affirmer qu'il avait dans la même rue, au même numéro, deux ou trois frères exerçant la même profession, et attribuer à l'auteur une personnalité triple. C'est encore ainsi qu'il arrive que des paralytiques généraux ne reconnaissent pas leur femme et leurs enfants. Si le fait se produit dans des folies aiguës, il est masqué par des illusions et des hallucinations. C'est par le même mécanisme que certains paranoïques méconnaissent les personnes de l'entourage; il

©BIUM

peut même se produire un phénomène de dissociation du sentiment de reconnaissance. Un malade ne reconnaissait pas sa mère, et tout en reconnaissant sa voix déclarait que pour le reste la personne lui était étrangère. L'auteur a vu un neurasthénique sexuel qui, sur une route bien connue de lui, a eu la sensation de voir pour la première fois tout ce qui l'entourait et en a éprouvé un sentiment d'inquiétude. Ce fait vient à l'appui de l'interprétation donnée par l'auteur aux états d'angoisse produits par la désorientation par suite de perte du sentiment de reconnaissance.

En opposition avec ces faits, on peut citer celui de Rosenbach, qui a vu un homme de quarante ans qui, se promenant après un surmenage intellectuel, en état d'attention insuffisante, croyait voir des personnes de connaissance dans tous les promeneurs qu'il rencontrait.

II. — *Etats crépusculaires dans l'hystérie avec symptôme du « Vorbeireden », c'est-à-dire « parler à côté, répondre d'une manière absurde »*; par le professeur Westphal (numéro de janvier). — Depuis que Ganser a signalé dans certains états crépusculaires de l'hystérie ce symptôme singulier qui consiste à faire des réponses absurdes, comme de dire par exemple que trois fois trois font trente-six, que la capitale de l'Allemagne est Paris, qu'une boîte d'allumettes présentée est de la créosote, etc., etc., Jolly, Moeli, Binswanger, Neisser, Wernicke, et plus récemment Rackes, ont observé ce phénomène, qu'ils considèrent comme une manifestation des états crépusculaires. Nissl, au contraire, sans en nier l'existence dans l'hystérie, croit qu'il se produit surtout sous l'influence des tendances négativistes des catatoniques déments précoces. Pourquoi ce symptôme aurait-il toujours la même origine et la même signification? Pourquoi ne l'observerait-on pas dans des troubles psychiques variés? Quatre observations rapportées par l'auteur viennent à l'appui de cette supposition. Il a observé ce symptôme, très nettement caractérisé, dans un cas d'hystérie fonctionnelle et dans un cas d'hystérie traumatique d'abord, dans deux cas typiques de démence précoce ensuite. Moeli, d'autre part, l'a signalé dans la période expansive de la folie circulaire. Mais, si les hystériques font un effort visible pour donner des réponses justes, les déments précoces lancent leurs réponses absurdes comme des « coups de pistolet », sans même attendre la fin de la question. Il convient par conséquent d'attribuer le phénomène, chez les premiers à un trouble de la

conscience, chez les seconds au négativisme caractéristique de la catatonie. Dans la folie circulaire, Moeli l'attribue à l'exagération de l'activité des représentations. Ganser a eu le mérite d'attirer l'attention sur ce symptôme qui peut revêtir une grande importance pratique, attendu qu'il s'observe souvent chez des malades que leur situation d'accusés ou de victimes d'accidents peut rendre suspects de simulation.

III. — *Troubles de la marche latérale* (Flankengang) *chez les hémiplégiques*; par le Dr A. Schüller (numéro de janvier). — La marche latérale à droite, par exemple, comprend l'inclinaison du corps à gauche, le balancement sur la jambe gauche, le mouvement d'abduction de la jambe droite, le redressement du corps, la pose à terre du pied droit, le soulèvement du pied gauche pour le ramener à côté du pied droit. La marche latérale à gauche a le mécanisme inverse. Or, chez l'hémiplégique, la marche vers le côté du membre paralysé s'exécute à peu près comme à l'état normal, tandis qu'il en est autrement pour la marche vers le côté où est le membre sain. Dans ce cas, on voit, et l'on entend encore mieux, la jambe paralysée traîner sur le sol dans le mouvement d'adduction. Cela tient à ce que le membre paralysé est allongé.

Ce symptôme a l'avantage d'être facilement appréciable, même quand la parésie est peu marquée ; en outre, il a ceci de caractéristique, que dans les hémiplégies organiques il ne se produit que dans la marche vers le côté indemne, tandis que dans les paralysies fonctionnelles (hystérie) il s'observe quel que soit le côté vers lequel le malade se déplace.

Ce symptôme est d'une constatation facile, même chez les enfants, qu'il faut soutenir légèrement pour la manœuvre ; en second lieu, il permet de constater le trouble fonctionnel du membre, même quand la marche ordinaire (devant soi) est à peine troublée, enfin il permet d'établir le diagnostic différentiel entre les hémiplégies fonctionnelles et organiques.

IV. — *Action de l'hédonal sur l'organisme des animaux*; par le Dr Lampsakow (numéro de janvier). — L'action de l'hédonal dans les cas d'insomnie qui ne sont pas dus à une violente excitation ou à une douleur intense, est admise par la plupart de ceux qui l'ont employé. L'auteur se propose de faire des recherches dans ce sens ; en attendant, il a expérimenté le produit sur des animaux, et ses conclusions sont les suivantes :

1° A en juger par ces expériences, l'hédonal est un hypnotique efficace et inoffensif ;

2° Son action est quatre fois supérieure à celle de l'uréthane, sans troubler l'activité circulatoire et respiratoire;

3° L'hédonal peut être donné à haute dose pour la narcose dans diverses opérations, et à petite dose avant la chloroformisation qu'elle facilite;

4° Pour les personnes anémiées ou souffrant de troubles cardiaques, l'hédonal est un hypnotique bien préférable à l'hydrate de chloral;

5° L'hédonal peut s'administrer à l'intérieur ou par lavements, mais pas en injections hypodermiques.

V. — *De la régénération autogénique des nerfs*; par les Drs Bethe et Münzer (numéro de janvier). — Les nerfs peuvent-ils se régénérer par eux-mêmes, ou cette régénération est-elle sous la dépendance des cellules centrales, des neurones? Bethe a soutenu la première thèse, et Münzer, reprenant ses expériences, soutient la seconde. Voici que Bethe, à son tour, passe à la critique les procédés de Münzer, et conteste la légitimité de ses conclusions. Une analyse antérieure a fait connaître ces procédés, et il serait superflu de reproduire les arguments que de part et d'autre on fait valoir dans cette discussion. Les deux champions couchent sur leurs positions... *Sub judice lis est.*

VI. — *Complication extraordinaire d'un accès de migraine*; par le Dr Hoffmayer (numéro de février). — L'origine toxique de la migraine par action élective de certains ferments, ptomaïnes, toxalbumines, sur le cerveau est admise depuis la monographie de Moebius par beaucoup d'auteurs.

D'autre part, les personnes sujettes à des troubles digestifs, surtout à une constipation opiniâtre, éprouvent des malaises imputables à une action nocive sur les cellules de la substance grise corticale, malaises suivis de troubles psychiques pour peu qu'il intervienne d'autres facteurs, tels que soucis, surmenage, séjour prolongé dans l'air confiné. A ce sujet l'auteur rapporte un cas de migraine chez une personne non suspecte d'hystérie ou de simulation, survenu après une constipation prolongée et un ensemble de causes déprimantes, soucis, etc. Cette migraine imputable à l'intoxication présentait des particularités intéressantes, notamment des troubles dans la sphère du nerf optique, caractérisés par un hémiscotome qui persista pendant vingt-six jours après la disparition de tous les autres symptômes cérébraux, et un état de délire avec perte de connaissance qui dura dix jours. En raison de sa durée même, ce trouble

psychique ne saurait être confondu avec les délires passagers de la migraine signalés par Kraft-Ebing. L'auteur y voit au contraire une névrose d'épuisement d'origine neurasthénique.

La malade avait eu des crises antérieures de migraine; mais les troubles étendus de la sphère motrice et sensorielle, ainsi que la persistance de symptômes cérébraux après cessation de la migraine, permettent d'affirmer que cette fois l'action nocive des toxines sur les cellules corticales a été plus accentuée et plus profonde.

VII. — *Un réflexe auriculaire*; par le Dr Alter (numéro de février). — L'auteur signale un réflexe qu'il a observé d'abord chez un paralytique général sujet à des attaques épileptiformes commençant toujours par des contractions dans le domaine du facial droit.

Ce réflexe consiste en une rétraction de l'oreille en haut et en arrière, sous l'influence de la percussion, de la piqûre, du pincement de la peau au niveau de la branche ascendante du maxillaire inférieur et aussi sous l'influence du froid ou de la chaleur.

Ayant recherché le phénomène chez d'autres paralytiques, il l'a observé six fois, à peu près dans un cinquième des cas qu'il avait dans son service.

Il reconnaît que le signe n'a peut-être pas de signification pratique pour le diagnostic; mais en raison des différentes dispositions qu'on peut assigner à l'arc de ce réflexe, il a peut-être une importance théorique.

VIII. — *Les cheveux chez les aliénés*; par le Dr Heinicke (numéro de février). — On sait que dans certaines affections nerveuses les cheveux blanchissent ou tombent prématurément, et l'on cite des cas (Austhé-Piquet) où dans certaines névralgies les cils et une partie des cheveux prenaient pour quelques jours pendant la crise une teinte blanche. — Des faits analogues s'observent dans l'aliénation mentale, et Reinhard a observé un cas de folie avec accès successifs d'agitation ou de dépression, dans lequel les cheveux étaient rouges pendant l'excitation, et blonds pendant la dépression. Le changement de coloration s'étendait dans l'espace de quarante à soixante heures à toute la chevelure, et chaque phase avait une durée de sept à huit jours. Rauber a observé un cas analogue.

L'auteur rapporte à ce sujet une observation intéressante : Une jeune fille atteinte de démence précoce est prise subitement d'agitation; cet état s'accompagne de dilatation de la

pupille en même temps qu'une mèche de cheveux large de 3 centimètres s'étendant du front à la région pariétale change subitement de couleur, blanchit complètement.

L'accès passé, la mèche de cheveux reprend la couleur normale. Le même phénomène se reproduit pour les accès ultérieurs, les cheveux se mettent à blanchir deux heures avant l'accès, qui peut à ce signe être annoncé d'avance.

L'examen microscopique démontra que la décoloration des cheveux était due à la présence d'une plus grande quantité d'air.

Comment expliquer cette invasion du cheveu par l'atmosphère. L'auteur serait tenté de le faire par une irritation des nerfs trophiques sous l'influence des résidus organiques toxiques auxquels on attribue la démence précoce. Ces troubles trophiques, modifiant la circulation du sang et de la lymphe, amèneraient le racornissement des cellules des cheveux, et par suite des fentes permettant l'introduction de l'air; après disparition de l'excitation des nerfs trophiques, tout rentre dans l'ordre et l'air emmagasiné est éliminé ou absorbé, la coloration des cheveux redevient normale.

IX. — *Biologie et fonction des cellules nerveuses centrales*; par le Dr Kronthal (numéro de février). — Les fibres nerveuses ne naissent pas des cellules de la substance grise et ne s'y terminent pas; elles ne font que les traverser, ainsi que l'ont établi Apathy et Bethe.

Si donc l'excitation des cellules corticales produit des contractions de groupes musculaires, de même que l'excitation des nerfs périphériques, il est digne de remarque qu'après ablation de la substance grise, l'excitation des fibres blanches sous-jacentes produit encore les mêmes contractions musculaires. Celles-ci, quand on excite les cellules corticales, doivent donc être attribuées à l'excitation des fibres nerveuses qui les traversent. Que devient alors le rôle des cellules corticales? D'après l'auteur, elles ne sauraient, au point de vue biologique, justifier la qualification de cellules; elles ne constituent pas, en effet, un organisme, attendu qu'elles ne jouissent pas de la faculté de se nourrir par assimilation, ni de celle de se multiplier.

Dans l'inanition, alors que la graisse diminue dans la proportion de 93 p. 100, la substance musculaire dans celle de 34-45 p. 100, le système nerveux central ne perd que la quantité négligeable de 2 p. 100 de son poids : preuve qu'il n'avait rien emmagasiné. Il ne faudrait pas prétendre qu'il assimile certains poisons; il

©BIUM

suffit de bien étudier les phénomènes de la narcose chloroformique, par exemple, pour se rendre compte que la perte de la conscience est l'effet et non la cause de l'anesthésie périphérique. D'autre part, ces prétendues cellules ne se multiplient pas. Le microscope ne les montre jamais en état de scission pour se multiplier ; par contre, il nous les montre se renouvelant par l'incessante incorporation des leucocytes. Cette thèse, d'après l'auteur, n'est pas nouvelle, elle a été soutenue en 1869 par Henle et Merckel, puis abandonnée, quand Fritsch, Hitzig et Ferrier ont obtenu des contractions de groupes musculaires par excitation de l'écorce cérébrale. Aujourd'hui, que Bethe et Apathy ont démontré que les fibres nerveuses ne font que traverser les cellules corticales, qui peuvent, par conséquent, disparaître et se renouveler sans que les voies qui les traversent soient atteintes, la thèse cesse d'être inadmissible.

Quelle est alors la fonction de ces cellules nerveuses? Elle consiste, d'après l'auteur, à interrompre l'isolement des fibres nerveuses, isolement rendu nécessaire pour éviter la généralisation de toute excitation faite en un point quelconque du système nerveux périphérique. Les cellules seraient comme des tampons humides placés à un endroit d'un câble électrique pour interrompre l'isolement des fils placés dans le câble et entourés de feuilles de papier isolantes. Un centre nerveux peut donc être considéré comme un câble composé de fibres nerveuses venant de parties périphériques déterminées ou s'y rendant, en passant par un endroit précis ; ce n'est pas un point anatomique où arrive, ou bien où est laissée en dépôt une force quelconque.

La multiplicité de ces éléments corticaux, la division dans leur intérieur en filaments minces des fibres nerveuses, assure l'action réciproque indispensable des innombrables cellules dont est composé l'organisme. L'ensemble n'est pas comparable à un pouvoir oligarchique, dont les cellules nerveuses centrales seraient les dépositaires ; c'est bien plutôt une république dont chaque citoyen vit au mieux de ses intérêts, mais exerce une influence sur le sort de tous les autres et réciproquement.

Le rôle du système nerveux central dans cet état idéal n'est pas de gouverner en maître, mais d'assurer les rapports étroits entre tous les citoyens. C'est de cette coopération coordonnée de toutes les parties que naît la sauvegarde de l'organisme entier.

Les cellules nerveuses naissent et disparaissent tant que des

leucocytes arrivent au système nerveux central. Aussi les phénomènes psychiques sont-ils produits par le tout organique, et non par des cellules isolées. Si le système central est lésé, il naît des troubles psychiques parce que les voies assurant l'influence réciproque des éléments de l'organisme sont détruites.

X. — *Réflexe acromial et réflexe carpométacarpien*; par le Dr Bechterew (numéro de mars). — On a jusqu'à présent utilisé moins les réflexes des membres supérieurs que ceux des membres inférieurs pour le diagnostic. Les premiers, cependant, s'observent avec une grande constance dans certaines affections où l'excitabilité réflexe est exagérée. L'auteur en signale deux, et insiste sur leur valeur au point de vue du diagnostic différentiel entre les paralysies organiques et fonctionnelles, car, s'ils existent dans les premières, ils font défaut dans les secondes; ce sont le réflexe acromial qu'on obtient en percutant l'acromion et l'apophyse coracoïde (flexion légère du bras, parfois rotation de la main en dehors, et même flexion des doigts); le réflexe carpométacarpien, qui s'observe quand on percute le carpe et la partie avoisinante du métacarpe, après avoir posé sur sa main la main paralysée, la face dorsale tournée en haut, et les deuxième et troisième phalanges tombant librement. On observe, dans ces conditions, la flexion de toutes les phalanges, celles du pouce exceptées. Les deux réflexes partent du périoste.

XI. — *Physiologie des réflexes tendineux*; par le Dr Stcherback (numéro de mars). — L'auteur a étudié sur les lapins l'action des vibrations sur le réflexe du genou. Les sujets, dont la région du genou avait été soumise à l'action prolongée de fortes vibrations, présentaient ensuite une exagération de l'excitabilité réflexe, de sorte que la percussion de la région, les mouvements communiqués ou l'immobilité prolongée de l'articulation donnaient lieu à de fortes contractions, au clonus et au tremblement. Cette excitabilité persistait longtemps, et les réflexes exagérés pouvaient encore être provoqués dans la suite, même trente-six jours après l'expérience. Appliquées à la colonne dorsale, les vibrations donnaient des résultats analogues. On peut donc, dit l'auteur, par des moyens artificiels, charger pour ainsi dire les appareils réflexes d'énergie nerveuse et provoquer ensuite artificiellement la décharge par des mouvements communiqués ou par l'immobilité prolongée.

La constatation est intéressante, parce qu'elle nous montre, sous l'influence des vibrations dans les appareils somatiques

©BIUM

inférieurs, des phénomènes que nous avons l'habitude de considérer comme l'apanage exclusif des centres psychiques supérieurs. On peut comparer, en effet, la persistance à l'état latent de l'excitabilité réflexe après action des vibrations, à ce qui se passe pour les traces que laisse à l'état latent, dans l'organe psychique, une représentation ou une émotion susceptible d'être reproduite ensuite sous l'influence de la mise en action de l'appareil d'association psychique.

XII. — *Incontinence d'urine et paralysie des extrémités à la suite de foyers de ramollissement dans les ganglions subcorticaux* ; par le Dr Homburger (numéro de mars). — Nothnagel affirme qu'il existe dans les corps striés et dans les couches optiques des centres d'innervation de la vessie. Marburg et Czylharz ont récemment produit des observations à l'appui de cette opinion. L'auteur de son côté a observé dix cas dans lesquels le corps strié et la couche optique étaient parsemés de petits foyers de ramollissement ; six fois les lésions étaient bilatérales. L'analyse de ces faits l'a amené aux conclusions suivantes :

1° Des foyers unilatéraux causent de l'incontinence d'urine passagère, des besoins fréquents et de l'excrétion nocturne involontaire ;

2° Des foyers bilatéraux causent de l'incontinence persistante et qui ne diffère pas de l'incontinence d'origine spinale ;

3° L'innervation subcorticale de la vessie est donc bilatérale ;

4° Des lésions superficielles des ganglions opto-striés ne produisent pas d'incontinence ;

5° Le ramollissement bilatéral de ces ganglions donne lieu à des troubles caractéristiques de la station et à des paralysies qui ne ressemblent pas aux troubles causés par les lésions des fibres capsulaires.

XIII. — *Un cas d'acromégalie* ; par le Dr Schäffer (numéro d'avril). — Y a-t-il un rapport entre les tumeurs de l'hypophyse et les lésions osseuses de l'acromégalie? La théorie hypophysaire de la pathogenèse de l'acromégalie soutenue d'abord par Marie l'admet sans conteste. Benda d'autre part va jusqu'à prétendre que beaucoup de prétendus sarcomes de la glande pinéale pourraient bien être des hypertrophies de cet organe ; car il attribue l'acromégalie à une suractivité fonctionnelle de l'hypophyse. Il convient d'ajouter que Wirchow et Labadie-Lagrave ont constaté l'absence de toute lésion de l'hypophyse dans certains cas d'acromégalie et que d'autre part

©BIUM

on a observé des tumeurs destructives de la glande pinéale sans aucune lésion osseuse.

Quoi qu'il en soit, l'auteur rapporte une observation d'acromégalie qu'il croit liée à une lésion de la glande pinéale, puisqu'elle évoluait avec les symptômes caractéristiques d'une tumeur dans la région du chiasma.

La malade diabétique était fille de mère diabétique et acromégalique, et petite-fille de grand'mère acromégalique. Bonardi, Schwoner et Cyon avaient déjà signalé l'hérédité directe; le dernier a en outre cité trois frères ou sœurs atteints d'acromégalie.

Les auteurs sont d'accord pour admettre que le maxillaire inférieur est très fréquemment atteint, au point que Sternberg a décrit comme des formes frustes les cas où il était épargné, et que Mani, Hare et Wenyte ont cru pouvoir décrire un « type carré » en se basant sur la physionomie donnée au malade par l'exiguïté relative du maxillaire inférieur par rapport au fort développement du maxillaire supérieur. L'auteur croit que dans son cas la proéminence du maxillaire inférieur est due à la macroglossie.

Les différences de volume des os accusées par la radiographie, tiennent sans doute à ce que les épreuves correspondent à des périodes différentes de la maladie. Le radiogramme produit par l'auteur met bien en vue l'épaississement des parties molles des pieds et des mains. Etant donnés les rapports entre le myxœdème et l'acromégalie, on doit s'attendre à observer des formes mixtes. Au reste les rapports entre le corps thyroïde et la glande pinéale ont été démontrés expérimentalement par Vassale et Lochi, qui par atrophie de la première ont provoqué l'hypertrophie de la seconde. Quant à la coexistence de l'acromégalie et du diabète, elle a été l'objet d'études de la part de Schlesinger, qui, d'accord avec Naunyn, met même certaines formes de diabète sur le compte de tumeurs hypophysaires.

XIV. — *Autocytotoxine et antiautocytotoxine spécifique dans le sang des épileptiques*; par le Dr Ceni (numéro d'avril). — Dans un travail antérieurement publié, l'auteur a soutenu que le sang des épileptiques renferme un principe toxique et un principe thérapeutique. Son opinion se basait sur ce fait que l'injection du sérum d'un épileptique à d'autres épileptiques provoquait tantôt une amélioration, tantôt une aggravation. Ayant constaté en outre que l'injection à un épileptique de son propre sérum améliorait son état, il crut pouvoir en con-

clure que l'effet toxique appartenait à des éléments circulant librement dans le sérum, et l'effet thérapeutique à une substance liée aux globules à l'état latent pour ainsi dire, et mise en liberté par un processus phagolytique au moment où le sang quitte l'organisme et se coagule. Des recherches faites dans le but de reproduire ces éléments dans l'organisme d'animaux préalablement immunisés, viennent à l'appui de ses hypothèses.

En effet, si on injecte à des épileptiques le sérum de lapin auxquels on avait fait des injections de sérum d'épileptiques, on provoque un état épileptique grave et des attaques nombreuses et intenses. Si on fait les mêmes injections à des individus non atteints d'épilepsie, ces accidents ne se produisent pas. Le sérum d'un épileptique injecté à un animal produit donc chez ce dernier une substance toxique exclusivement pour les épileptiques, ce qui prouve que le sang des épileptiques renferme des autocytotoxines. Celles-ci, comme les cytotoxines en général, sont composées de deux éléments : une substance sensitive thermolabile ou alexine, et une substance sensibilisatrice thermostabile. Une température de 56 degrés détruit les effets de la première, et n'a pas d'action sur la seconde.

La première est liée aux globules qu'elle ne quitte que par un processus phagolytique quand le sang sort des vaisseaux et se coagule ; la seconde circule à l'état libre dans le sérum.

Dans l'épilepsie cependant, en raison d'un défaut de stabilité pathologique, une quantité, si petite soit-elle, d'alexine circule dans le sérum. Celui-ci injecté à un animal donne lieu à une production de substance sensibilisatrice. De là vient que le sérum de cet animal injecté à l'homme ne produit des crises que chez les épileptiques en rendant leurs éléments épileptogènes plus sensibles à l'égard de l'alexine, et qu'il est inoffensif pour les hommes sains dont le sang ne renferme pas l'alexine spécifique.

L'intoxication produite dans ce cas chez l'épileptique n'est pas le résultat d'une addition de cytotoxine à l'organisme; mais celui de l'augmentation de la quantité de substance sensibilisatrice.

Mais le sang des épileptiques renferme aussi une antiautotoxine; la preuve en est que le propre sérum d'un épileptique, quand on le lui injecte à diverses reprises, amène une amélioration sensible. L'auteur a d'ailleurs pu rendre inoffensif pour l'épileptique le sérum cytotoxique en l'additionnant d'une certaine quantité du sérum du malade ; les effets toxiques sont

©BIUM

neutralisés : ils le sont beaucoup moins quand on ajoute le sérum d'un autre épileptique.

L'anticytotoxine a donc une action en quelque sorte individuelle, tandis que l'action de la cytotoxine est plus générale. Ce fait explique l'amélioration obtenue en injectant plusieurs fois à un épileptique son propre sérum.

Les expériences de l'auteur l'amènent à admettre que l'antiautocytstoxine agit comme antialexine et non comme antisensibilisatrice.

Il considère donc comme acquis que dans le sang des épileptiques circulent simultanément une autocytotoxine et une antiautocytotoxine spécifiques. Néanmoins ce principe antitoxique n'est pas soluble dans le plasma vivant, mais se trouve dans le sang à un état latent, lié aux éléments cellulaires dont il se sépare par un processus phagolytique.

XV. — *Nouvelles considérations sur le traitement diététique de l'épilepsie* ; par le Dr Balint (numéro d'avril). — L'auteur a déjà exposé (numéro de décembre 1901) les bons résultats obtenus par lui au moyen d'un régime spécial comprenant 1.000 grammes de lait, 50 grammes de beurre, trois œufs, des fruits et 300 à 400 grammes de pain, dans lequel le chlorure de sodium est remplacé par du bromure de sodium. Quelques points demandaient à être examinés, entre autres ceux-ci : la diète peut-elle être prolongée pendant un temps très long sans préjudice pour la santé générale, sans perdre de son heureuse influence sur les crises, et aussi sans provoquer d'accidents de bromisme ? En passant en revue les résultats obtenus par Schäffer, Gerbini, Schlöss, Hudovernig, et en faisant personnellement de nouveaux essais, il arrive aux conclusions suivantes :

La diète mentionnée ci-dessus, d'après les résultats presque unanimes de ceux qui y ont eu recours, diminue le nombre et l'intensité des crises.

Elle ne peut être prolongée longtemps si le malade s'y soumet avec répugnance, car dans ce cas la nutrition en souffrirait.

On la mitige alors par l'addition d'autres aliments, tels que légumes, pâtes, viandes, en ayant soin de les assaisonner avec du bromure de sodium. Pour se guider, il faut peser les malades chaque semaine.

S'il survient des accidents de bromisme, il faut diminuer la dose de bromure, ou supprimer momentanément son administration. On peut y obvier aussi en permettant des aliments non

©BIUM

assaisonnés, mais contenant cependant naturellement une plus grande quantité de chlorure de sodium.

La méthode exige de la part du médecin beaucoup de patience et de dévouement; de la part du malade et de l'entourage, de l'intelligence et de l'énergie.

Son emploi est, on le comprend, plus facile dans les sanatoria, les services spéciaux aux épileptiques et dans les familles que dans les asiles.

Les résultats signalés prouvent assez que les efforts faits pour appliquer la méthode seront bien récompensés.

XVI. — *Existe-t-il chez les mammifères des fibres nerveuses sensitives ayant une origine périphérique?* par les Drs Bikeles et Francke (numéro de mai). — Cette question a été tranchée par l'affirmative par Friedländer et Krause, qui se basaient sur la présence de nombreuses fibres sensitives dans la partie proximale des nerfs après amputation ou après interruption du nerf à la suite de gangrène. Des expériences de contrôle entreprises par Krause sur le lapin ont montré qu'après résection d'un nerf il restait dans le segment distal un nombre de fibres intactes, égal à celui des fibres dégénérées qu'on trouvait dans le segment proximal.

Pierre Marie a soutenu la même opinion, en affirmant qu'après l'amputation, certaines fibres du segment proximal subissent la dégénérescence de Waller, et en expliquant ce processus par la disparition des cellules d'origine périphérique de ces troncs nerveux.

Par contre, Singer et Münzer affirment qu'après une résection nerveuse chez le lapin, on n'observe pas de dégénérescence de Waller dans le segment central, mais uniquement des phénomènes de réaction traumatique au voisinage de la section du nerf, et de la dégénérescence dite physiologique, alors que le bout périphérique subit une dégénérescence complète. Les auteurs ont repris les expériences sur divers mammifères; leurs coupes ont été traitées non seulement par la méthode de Marchi, mais par le procédé de coloration d'Azoulay. Leurs recherches leur ont démontré que, huit à treize jours après la résection du nerf, les fibres normales faisaient constamment défaut dans le bout périphérique, et que la dégénérescence de Waller manquait dans le bout central. Ils en concluent qu'on ne saurait admettre avec Pierre Marie l'origine périphérique de fibres nerveuses spinales sensitives.

XVII. — *Psychose causée par une anémie pernicieuse*; par

le Dr H. Marcus (numéro de mai). — Si l'on a souvent signalé le ralentissement des facultés intellectuelles lié à l'anémie pernicieuse et même certains accès délirants, l'auteur a cherché en vain dans la littérature médicale un cas de psychose caractérisée évoluant parallèlement avec l'anémie; aussi croit-il intéressant de rapporter un de ces cas survenu avec l'anémie pernicieuse et ayant guéri en même temps qu'elle sous l'influence de doses croissantes d'arsenic.

Son malade est un homme de trente-sept ans, qui, à la suite d'une cure diététique pour maigrir, fut atteint d'une anémie qui se montra rebelle à la médication martiale, et évolua avec un ensemble de symptômes somatiques et psychiques rappelant ceux de la paralysie générale : tremblement, ataxie des mains, phénomènes spasmodiques et ataxiques des membres inférieurs, diminution de la sensibilité et légère augmentation des réflexes d'une part; loquacité, manie d'écrire, de faire des achats inconsidérés, inutiles, ruineux, absurdes, et enfin diminution de la capacité intellectuelle, lenteur des idées, somnolence.

Sous l'influence de la médication arsenicale, les symptômes somatiques et psychiques disparurent au bout de six mois. La guérison s'est maintenue. L'anémie pernicieuse peut donc évoluer avec les allures de la paralysie générale. Si d'une part les troubles médullaires observés présentaient le type de ceux qu'on observe souvent dans l'anémie pernicieuse, il faut expliquer les troubles psychiques par l'action nocive du processus sur les cellules corticales. Ces troubles psychiques ayant été observés dès le début de l'affection, avant que le sang n'ait subi les altérations graves observées ultérieurement, il semble naturel de les attribuer à une cause toxique. S'agit-il d'une maladie parasitaire comme le prétendent Klebs et Frankenhauser, ou d'une affection toxi-infectueuse d'après la théorie de Strümpell, Nonne, Lenmalm et Petren? Le poison dans tous les cas est entérogène, comme le veut Grawitz. L'auteur estime que la production de substances nuisibles pour l'organisme a pu être le fait de la cure d'amaigrissement suivie par le malade. On ne s'explique pas bien comment peut naître la combinaison des symptômes médullaires et psychiques, mais on observe la même chose dans certains cas d'ergotisme et de pellagre.

XVIII. — *Contribution à la pathologie des maladies toxiques du cerveau* ; par le Dr Alter (numéro de juin). — La pathologie générale des psychoses a une tendance de plus en

plus marquée à faire jouer un rôle prépondérant aux influences toxiques et aux auto-intoxications. D'après l'auteur, les faits si intéressants signalés récemment par Ceni au sujet de la présence dans le sang des épileptiques d'autocytotoxines et d'antiautocytotoxines, ne sont pas limités à cette affection. Ils s'accordent avec les théories d'Erhlich-Weigert, et légitiment l'hypothèse qui attribue l'évolution spéciale de certaines affections du système nerveux central à l'action de certaines toxines spéciales sur des substances préformées dans le système nerveux, en d'autres termes à l'action combinée ou plutôt opposée des toxines et des antitoxines.

Dans la paralysie générale, la production incessante de toxine et sa neutralisation par l'antitoxine dans les cellules nerveuses amène une dégénérescence progressive des cellules. L'auteur est même tenté d'expliquer la forme décrite par Lissauer et qui évolue par des poussées successives à des décharges correspondantes d'antitoxines qui, versées dans le courant sanguin, arriveraient à neutraliser pour quelque temps directement les toxines en circulation. Les rémissions s'expliqueraient de la même façon.

Les attaques d'épilepsie, leur périodicité, s'expliqueraient de même par le rapport de quantités de toxines et d'antitoxines, en présence de l'organisme. La production d'antitoxine devient-elle insuffisante sous l'influence de causes diverses, les crises se multiplient, et des dégénérescences des cellules se produisent, ainsi que le prouvent l'observation clinique et l'anatomie pathologique.

L'hystérie pourrait être justiciable de la même théorie, d'après l'auteur. Mais cette théorie est surtout importante par les indications thérapeutiques qui en découlent. Elles consistent à provoquer la formation d'antitoxines endogènes, ou à introduire dans l'organisme des éléments exogènes ayant la même action.

L'auteur a eu recours chez les paralytiques à l'injection de « bouillon cérébral ». Il estime que, sans être concluants, ses essais sont encourageants et produisent, notamment chez les paralytiques, des effets très différents de ceux que donnent les injections de sérum artificiel ordinaire. Néanmoins, il n'attend pas de résultats probants par ce moyen, mais il croit qu'il y a lieu de poursuivre les recherches par d'autres méthodes, notamment par les injections de sérum d'animaux préalablement vaccinés avec du sang de paralytiques généraux ou d'épilep-

tiques et aussi par l'injection de substance cérébrale d'animaux ainsi immunisés.

XIX. — *Du poids de l'encéphale et de ses diverses parties chez le nourrisson et les enfants de divers âges*; par le Dr Pfister (numéro de juin). — Par la pesée de 302 cerveaux d'enfants âgés de une semaine à quatorze ans, l'auteur a fait les constatations suivantes :

1° Le poids moyen de l'encéphale est à tous les âges plus fort chez les garçons : minime à la naissance (10 à 15 grammes), cette différence en faveur du sexe masculin peut plus tard atteindre 100 à 130 grammes.

2° Le premier tiers de l'augmentation totale (1.050 grammes pour les garçons, 900 grammes chez les filles) est atteint, dès la fin du huitième mois, le second tiers dans la première moitié de la troisième année. A partir de ce moment l'accroissement se fait lentement, et le poids définitif est atteint bien après la quatorzième année. Il y a cependant des cas où le poids moyen est atteint et même dépassé dès la cinquième année chez les garçons et même dès la troisième chez les filles; chez celles-ci, le poids de 1.300 grammes a été observé plusieurs fois dès la septième année. Les différences individuelles sont très marquées à tous les âges : on en observe qui dépassent 160 gr. chez des garçons de deux et trois semaines. Chez des filles de deux mois on a observé les différences les plus marquées, et dès l'âge de trois mois on constate chez des enfants de même sexe et en apparence de même taille des différences de 200, 250 et même 300 grammes dans le poids de l'encéphale.

4° Le poids absolu du cervelet est toujours plus faible chez les filles; mais en se développant le cervelet des garçons augmente plus rapidement.

5° Chez des enfants de même âge et de même sexe on observe des variations du poids du cervelet qui atteignent au premier mois 10 grammes, au second 20 grammes, et plus tard jusqu'à 30 grammes.

6° Le poids moyen du cervelet du nouveau-né est de 20 grammes; il atteint chez l'adulte 135-150 grammes, augmentant par conséquent de 120-130 grammes. Le premier tiers de cette augmentation est atteint dès le sixième mois, le second dès la fin de la deuxième année; ensuite l'accroissement se fait de plus en plus lentement. Le développement complet n'est pas atteint à quatorze ans et doit être fixé vers la vingtième année, les cas exceptionnels étant mis à part.

7° On voit par conséquent que le cervelet se développe plus rapidement et atteint le premier et le deuxième tiers de son poids plus vite que l'encéphale et que les lobes cérébraux et qu'il atteint sept fois son poids initial, alors que l'encéphale en général ne fait que quadrupler. Les lobes cérébraux n'augmentent pas tout à fait quatre fois leur poids initial, la moelle allongée le quintuple.

8° Il résulte de cela que le poids relatif du cervelet passe de 6 p. 100 à 11 p. 100. Il est de 5,5 p. 100 à la naissance, et de 10 p. 100 dès la fin de la première année, pour s'établir d'une façon constante de 10 à 11 p. 100 au milieu de la deuxième année; avec l'âge il se montre un peu supérieur chez les filles.

9° Le poids moyen du cerveau est chez le garçon supérieur de 6 à 10 grammes à la naissance; dès le second mois cette supériorité atteint 20 à 30 grammes, et plus tard elle atteint 50 à 100 grammes.

10° L'accroissement du poids moyen du cerveau se montre un peu en retard sur celui de l'encéphale en général; le premier tiers de l'accroissement moyen total n'est atteint qu'au neuvième ou dixième mois.

11° Les variations individuelles du poids du cerveau sont très grandes, même chez des enfants ayant un développement physique en apparence égal. Elles ont atteint 150 grammes chez des garçons de six semaines, 170 grammes chez des filles de deux mois, et jusqu'à 200 et 300 grammes à un âge plus avancé.

12° Les différences de poids entre les deux lobes cérébraux sont en moyenne de 5 à 6 grammes. Dans 54,5 p. 100 des cas, l'hémisphère gauche était le plus lourd.

13° La moelle allongée avec le pont et les tubercules quadrijumeaux passe du poids de 5 gr. 5 à la naissance, à celui de 27-28 grammes, toujours un peu plus lourd dans le sexe masculin. L'accroissement des tiers correspond à celui de l'encéphale en général.

14° On voit que le poids relatif du cervelet de 5,5 p. 100 chez le nouveau-né passe à 11 p. 100 chez l'adulte, que celui de la moelle allongée passe de 1,6 à 2 p. 100 et que celui du cerveau proprement dit passe de 93 p. 100 à 87,5 p. 100, comparativement au poids total de l'encéphale.

Il y a à tous les âges des variations du poids absolu ou relatif du cerveau qui ne s'expliquent ni par le sexe, ni par la

©BIUM

différence de taille, ni par d'autres facteurs connus et qui sont l'expression d'une disposition individuelle qui échappe à l'analyse.

XX. — *La cytodiagnose du liquide cérébro-spinal*; par le Dr Schoenborn (numéro de juillet). — Alors qu'à la Société de neurologie de Paris, on a pu dire en 1903, que la lymphocytose est un fait presque constant dans le tabes, et citer à l'appui de cette assertion les observations de nombre d'auteurs français, aucune observation sur ce sujet n'avait encore paru dans la littérature allemande, si l'on excepte une série de recherches micrographiques sur la composition du liquide cérébro-spinal dans la méningite. Dans la récente monographie de Quincke, sur la ponction lombaire, il n'est même pas question de la recherche des lymphocytes dans les affections chroniques de la moelle et du cerveau, notamment dans le tabes et la paralysie générale, tandis qu'en France les publications sur ce sujet se comptent par centaines.

C'est ainsi que Raymond, Sicard, Widal et Ravaut, ont établi que dans toutes les affections syphilitiques et métasyphilitiques du système nerveux central, il y a lymphocytose plus ou moins prononcée du liquide cérébro-spinal. En dehors de ces affections, un petit nombre de maladies nerveuses diverses évoluant avec irritation des méninges, présenterait le même phénomène.

Aussi P. Marie estime-t-il que, pour le diagnostic du tabes, la lymphocytose a une valeur presque égale à celle de l'immobilité pupillaire; et Widal et Ravaut attribuent à la ponction lombaire dans la syphilis secondaire avancée, une grande importance pour le diagnostic et le pronostic. Le caractère pratique de ce signe au point de vue du traitement paraît donc incontestable.

Les recherches entreprises à Heidelberg par Erb, ont pleinement confirmé les idées des auteurs français.

Sicard, qui a émis sur l'origine de la lymphocytose une théorie ingénieuse et qui mérite de retenir l'attention, estime qu'il y a lymphocytose quand, avec un grossissement de 400-450, on a dans le champ du microscope plus de 3 ou 4 lymphocytes.

Ce nombre s'est élevé à 30 et 40 pour les cas cités par l'auteur, et il peut, d'après les auteurs français, s'élever à plusieurs centaines.

L'auteur insiste sur la nécessité de se conformer à la techni-

que des auteurs français (technique aujourd'hui connue de tous), et exprime l'espoir que des recherches sur ce sujet seront entreprises par les médecins allemands.

XXI. — *De la valeur diagnostique des irrégularités du bord de la pupille dans les maladies nerveuses organiques*; par le Dr Piltz (numéros de juillet et d'août). — Après avoir passé en revue les opinions émises sur ce sujet depuis Baillarger et Griesinger jusqu'à Joffroy et Schrameck, l'auteur expose ses propres observations cliniques et les résultats obtenus par voie expérimentale au laboratoire du professeur Uschinsky, sur les lapins, les chats et les chiens. Il arrive aux conclusions suivantes :

A. Les altérations pathologiques du bord pupillaire consistent en : 1° irrégularités temporaires ou variables, provoquées par une mobilité anormale de segments partiels de l'iris; 2° troubles dans tout le champ pupillaire; 3° irrégularités constantes du bord pupillaire.

B. Tous ces changements pathologiques du bord pupillaire constituent des signes fréquents de la paralysie générale, du tabes, de la syphilis cérébro-spinale.

C. On les observe parfois au cours d'autres maladies nerveuses ou mentales, mais jamais à l'état de santé.

D. On observe parfois dans la catatonie la mobilité irrégulière et changeante de segments isolés de l'iris.

E. L'irrégularité du bord pupillaire faisant souvent son apparition avant le signe d'Argyll-Robertson dont elle peut même constituer le stade initial, a une grande valeur diagnostique.

F. Attendu que les irrégularités de la pupille provoquées expérimentalement sont identiques à celles que nous observons en clinique, il est à présumer que les dernières ne sont que l'expression d'un état morbide dû à une excitation, une parésie ou une paralysie des segments isolés de l'iris, et provoqué par des altérations pathologiques dans les fibres isolées des nerfs ciliaires courts et longs, ou dans leurs noyaux.

G. La mobilité inégale de parties isolées de l'iris, provient de la parésie de la fibre correspondante du nerf ciliaire. (Paresis iridis partialis.)

H. Des perturbations dans tout le champ pupillaire sont imputables à des états combinés d'excitation, de parésie ou de paralysie de différentes fibres des nerfs ciliaires courts ou longs.

I. Des irrégularités persistantes du bord pupillaire sont l'expression d'une paralysie définitive de segments isolés de l'iris. (Iridoplegia partialis.)

Elles sont dues vraisemblablement à des altérations morbides des fibres pupillaires correspondantes ou de leurs noyaux. (Disparition des cellules nerveuses correspondantes.)

XXII. — *Pathogénie du délire caractéristique des paralytiques. Recherches psychologiques expérimentales sur la démence paralytique*; par le Dr Adam Wizel (numéros de juillet et d'août). — L'auteur a établi par voie expérimentale que les paralytiques généraux ont perdu la notion exacte du temps et de l'espace. Alors que sur la durée de la marche d'un métronome variant de un quart de minute à trois minutes, un homme sain fait des erreurs d'appréciation minimes, qu'un dément ordinaire se trompe d'une manière déjà plus sensible, le paralytique dément fait des erreurs énormes. Pour lui les minutes deviennent des heures.

Il en est de même pour la notion de l'espace.

Un mur long de dix aunes, estimé de 8 à 20 aunes par des déments ordinaires, prend pour les déments paralytiques des proportions phénoménales, et est estimé à 100 et à 4.800 aunes, même après avoir été mesuré devant eux, car ils oublient aussitôt la longueur obtenue.

Les mêmes erreurs se produisent pour l'estimation de la capacité d'une pièce, et, pour reproduire avec des haricots, par exemple, une figure géométrique dont on leur a donné le modèle, ces malades se montrent d'une maladresse rare, d'une incapacité absolue.

L'auteur en conclut qu'ils ont perdu la notion du temps et de l'espace, et que si en ce qui concerne la cause de leur délire, elle ne nous apparaît pas plus clairement que pour les aliénés en général, du moins ces défectuosités intellectuelles expliquent pourquoi le délire affecte si facilement chez eux ce caractère hyperbolique (d'énormité), qui lui est particulier.

Chez le paranoïque mégalomane, en effet, les conceptions délirantes sont en quelque sorte maintenues dans les limites de la vraisemblance par la persistance de l'intégrité des représentations. Chez le paralytique général cette barrière n'existe plus. L'auteur l'a démontré expérimentalement pour les représentations de temps et d'espace; des recherches plus approfondies montreraient qu'il en est de même pour les notions de mouvement, de vitesse, de poids, et aussi, sans doute, pour les mani-

festations psychiques ; et c'est là ce qui explique ce caractère hyperbolique du délire.

XXIII. — *Contribution à la pathologie de la tétanie, et remarques sur la composition chimique des vaisseaux athéromateux de l'encéphale* ; par A. Pick (numéro d'août). — L'auteur a publié antérieurement deux cas de tétanie avec athérome des plus fins rameaux vasculaires dans les centres cérébraux et cérébelleux, constaté à l'autopsie. Il rapporte aujourd'hui un troisième cas et en rappelle un autre qu'il n'a fait que mentionner dans sa publication antérieure. Le cas actuel concerne une femme de trente-sept ans, entrée pour tétanie à l'hôpital de Karlsbad, et admise ensuite à l'asile pour troubles psychiques. Elle a succombé après deux mois, et à l'autopsie on constata par la vue et le toucher dans le noyau dentelé du cervelet, et à un degré moindre dans les ganglions centraux du cerveau, les pointes caractéristiques de l'athérome des vaisseaux les plus fins. La nature athéromateuse de cette lésion fut en outre contrôlée par l'analyse chimique, analyse qui démontra que l'infiltration des parois vasculaires était due à l'albuminate de fer.

Quatre cas ne constituent pas, l'auteur l'accorde, un matériel suffisant pour conclure pertinemment à l'origine athéromateuse de la tétanie. Il convient cependant de considérer que les autopsies de tétanie sont rares, ce qui renforce la valeur de ce chiffre. D'autre part, si l'athérome était simplement un trouble trophique concomitant, on ne s'explique pas pourquoi il laisserait indemne les vaisseaux du cortex. Le lieu d'élection de la lésion dans les petits vaisseaux des centres de l'encéphale mérite donc d'être pris en considération ; et si l'on objecte qu'on a vu des cas de tétanie sans athérome à l'autopsie, peut-être pourrait-on répondre que cette lésion a pu être assez peu avancée, ou assez limitée topographiquement à son siège de prédilection, pour avoir pu échapper à l'examen nécroscopique.

Si ces hypothèses sont fondées, l'auteur espère les voir confirmées bientôt par leur constatation significative chez l'adulte comme chez l'enfant.

XXIV. — *Étude anthropologique de la moelle* ; par le Dr Pfister (numéros d'août et de septembre). — D'une étude très documentée sur le développement de la moelle et de l'encéphale, il résulte les faits suivants : 1° La moelle est à tous les âges plus pesante et plus longue chez les garçons que chez les filles ; 2° le poids de la moelle comparé à celui du cerveau, est

dès la naissance plus petit, proportionnellement, chez les garçons que chez les filles. Chez des enfants de même âge et de même sexe une moelle pesante correspond toujours à un cerveau lourd. Dans le cours de la vie le rapport du poids de la moelle change dans les deux sexes de manière identique ; de sorte que la formule $\left(\frac{\text{poids de la moelle}}{\text{poids du cerveau}}\right)$ ou $\frac{M}{C}$ qui à la naissance est de 1/110, devient chez l'adulte égale à 1/50. Avec l'âge, le poids de la moelle augmente donc, comparativement à celui du cerveau ; 3° le poids moyen de la moelle (3,0 à 3,4 gr.) à la naissance, acquiert durant la vie extra utérine une valeur à peu près huit fois plus forte (27-28 grammes). L'accroissement est surtout marqué dans les deux premières années, plus tard il se ralentit progressivement ; 4° chez le nouveau-né on compte 1 gramme de moelle par 14 centimètres de taille. Avec l'âge, ce rapport se réduit pour atteindre chez l'adulte la proportion de 1 gramme de moelle par 62 millimètres de taille. Chez les garçons, le poids de la moelle comparativement à la taille est un peu plus élevé que chez les filles ; 5° la longueur moyenne de la moelle est de 14 centimètres chez le nouveau-né ; cette longueur est largement triple chez l'adulte. L'allongement est très lent durant les premières années ; pendant cette période l'augmentation rapide du poids est donc due à un développement de l'organe en épaisseur plutôt qu'en longueur ; 6° chez le nouveau-né la longueur de la moelle répond à 29,5 0/0 de celle du corps, pour tomber lentement vers la fin de la première année à 26-25 0/0, rapport qui est à peu près celui que l'on constate chez l'adulte.

XXV. — *Teneur en fibres nerveuses d'un cerveau normal et d'un cerveau de paralytique général* ; par le Dr Karl Schaffer (numéro de septembre). — L'auteur a étudié à ce point de vue comparativement le cerveau d'un paralytique général de quarante-trois ans, et le cerveau normal d'un homme de trente-quatre ans mort de tuberculose pulmonaire. Les planches nombreuses qui illustrent son travail montrent que contrairement à l'opinion de Nissl et de Kaess, il y a des cas de paralysie générale dans lesquels la disparition des fibres nerveuses ne porte pas sur l'hémisphère entier, mais intéresse de préférence certains points et en épargne d'autres. Il a constaté qu'en dehors des circonvolutions frontales de la base, les circonvolutions pariétales et temporales sont également atteintes, ainsi qu'une partie de l'insula, tandis que les circonvolutions frontales de la

convexité, le lobe occipital, le cunéus, la corne d'Ammon et une partie de l'insula restent indemnes. Il souligne à nouveau que ce sont surtout les centres sensoriels qui sont épargnés, tandis que les territoires corticaux désignés par Flechsig sous le nom de centres d'association sont surtout atteints.

La question de savoir si la dégénérescence des fibres nerveuses dans la paralysie générale est un processus diffus ou circonscrit est tranchée en ce sens que l'auteur admet que ces deux formes peuvent exister. Le cas qu'il a examiné est un type de lésion circonscrite, mais il a observé d'autre part un cas à processus dégénératif diffus, tel que l'admet Kaess; mais il se demande si pour les cas à lésion diffuse étendue à tout l'hémisphère, l'on ne peut pas supposer que quelques-uns ont débuté par des lésions localisées.

Quant à l'examen microscopique où l'on constate des lésions diffuses, deux alternatives sont à considérer : ou bien la lésion a commencé par être localisée, ou bien elle a été diffuse d'emblée. L'examen de cerveaux de paralytiques au début ou peu avancés, est de nature à nous fixer sur ce point.

XXVI. — *Des prétendues propriétés toxiques et thérapeutiques du sérum du sang d'épileptiques*; par les D[rs] Salo et Rossi (numéro de septembre). — Ceni a publié ses essais de traitement de l'épilepsie par l'injection de sérum provenant du sang soit d'autres épileptiques, soit du malade soumis au traitement. Il aurait obtenu des résultats constants : soit la diminution du nombre ou de l'intensité des crises, soit leur disparition. L'effet serait dû à la présence dans le sang des épileptiques de certaines toxines et antitoxines. Cette théorie inspire peu de confiance aux auteurs, qui reprochent d'autre part à Ceni de ne pas s'être prémuni contre certaines causes d'erreur. Pour y pallier, ils soumettent leurs cinq patients à une période d'observation préliminaire exempte de toute médication, ils règlent sévèrement le régime pendant cette période et l'imposent pendant qu'ils font les injections de sérum; enfin ils ne se contentent pas de peser le malade, mais soumettent encore à un contrôle sévère ses ingesta et ses excreta pendant le traitement.

Dans ces conditions, ils n'ont obtenu aucun effet thérapeutique, ni constaté aucun signe d'intoxication.

Leurs malades étaient cependant bien choisis pour bénéficier du traitement, puisque soumis aussitôt après à une cure de bromure et de galvanisation d'après la méthode recommandée

récemment par Mondino, ils ont vu leurs crises disparaître.

XXVII. — *Etat des réflexes (musculaires et autres) de la face, dans la démence paralytique*; par le Dr Bechterew (numéro de septembre). — D'une manière générale, les réflexes de la face sont augmentés dans la démence paralytique, le réflexe de la mâchoire inférieure est exagéré, et s'obtient même par percussion du maxillaire supérieur par-dessus la lèvre. Il s'accompagne dans ce cas d'une contraction de l'orbiculaire des lèvres. Le réflexe oculaire, le réflexe zygomatique sont également augmentés.

Il en est de même des réflexes musculaires divers de la face. L'exagération est moindre pour les parties supérieures, mais elle s'y observe aussi, et l'on peut provoquer un réflexe « superciliaire » et un réflexe « frontal ». — L'auteur fait remarquer que l'exagération du réflexe musculaire existe dans différentes maladies nerveuses comme symptôme d'une lésion de neurones centraux.

Dans la démence paralytique ces augmentations des réflexes sont le signe de la dégénérescence de la voie centrale des muscles correspondants de la face, dégénérescence provoquée par les lésions de la zone motrice de l'écorce frontale.

Il est à remarquer que l'exagération des réflexes atteint dans la démence paralytique aussi les muscles des extrémités et du tronc, et que ce signe ne fait même pas défaut dans la forme tabétique.

XXVIII. — *Des lésions corticales circonscrites dans la région motrice chez l'homme*; par le Dr Hugo Lévi (numéro d'octobre). — Observation très intéressante de traumatisme cérébral. Un homme de vingt-huit ans reçoit un coup de couteau à la région pariétale. L'arme traverse l'os et atteint le cerveau au niveau du centre moteur du membre inférieur. Pas de perte de connaissance immédiate, l'arme est restée dans la plaie et ce n'est que lorsqu'un camarade la retire que se produit une paralysie complète du bras du côté opposé, tandis que le membre inférieur ne présente que de la parésie. Le malade tombant dans le coma ensuite, la plaie cranienne est élargie. Le résultat est immédiat, sans doute parce qu'il y avait de l'œdème traumatique produisant de la compression, car la plaie cérébrale ne renfermait pas d'esquilles, ni de débris de l'arme. Le camarade qui avait retiré le couteau de la plaie a dû développper beaucoup de force et imprimer au manche de l'arme des mouvements de va-et-vient, mouvements très dange-

reux, qui, estime l'auteur, ont causé la section, par la pointe de l'arme, des fibres de la substance blanche sous-jacentes ou centre brachial, et provoqué ainsi la paralysie, alors que le centre cortical primitivement lésé n'a provoqué que la parésie du membre inférieur. Le malade a assez rapidement évolué vers la guérison, ainsi que l'indique le résumé suivant que donne l'auteur des faits observés dans cette lésion corticale du centre brachial :

1° Troubles moteurs : paralysie complète du membre supérieur par suite d'un foyer traumatique limité à la substance blanche, et parésie du membre inférieur par suite de destruction peu étendue du centre cortical (phénomènes d'excitation et spasmes avec tendance à guérison).

2° Troubles de la sensibilité : d'abord du sens musculaire et du sens stéréognostique, ensuite du pouvoir de localisation, de la sensibilité tactile et thermique, et, à un moindre degré, de la sensibilité à la douleur. D'une façon générale, les troubles de la sensibilité sont aussi marqués après une lésion sous-corticale immédiate qu'après une lésion corticale directe.

3° Symptômes d'ataxie qui, comparés aux autres signes, montrent moins de tendance à rétrocéder, ceci sans doute parce que les nouveaux foyers de suppléance ont besoin d'emmagasiner d'abord des images de souvenir pour la rééducation des mouvements volontaires.

4° Atrophie musculaire précoce du membre inférieur, sous la dépendance du foyer cérébral lésé.

XXIX. — *Le Véronal*; par le Dr Matthey (numéro d'octobre). — Après Lilienfeld, Rosenfeld et Berent, qui ont reconnu dans le véronal l'hypnotique le plus sûr et le plus actif, l'auteur l'a expérimenté chez trente-trois aliénés de catégories diverses. Il a obtenu dans presque tous les cas un sommeil de six à sept heures, une demi-heure après l'administration du médicament, chez les aliénés non agités, avec des doses de 0,50 centigrammes répétées trois fois par jour. Chez les malades très agités les doses ont dû être portées à 1 gramme trois fois par jour, et même à 2 grammes deux fois par jour. Avec ces doses élevées, le sommeil est bien plus prolongé. Il n'est jamais suivi de malaises ni de troubles circulatoires ou respiratoires.

L'accoutumance est exceptionnelle et les insuccès rares.

C'est donc un agent sûr, inoffensif et énergique.

XXX. — *Etiologie et symptomatologie de la claudication intermittente*; par Goldflam (numéro de novembre). — Le sur-

menage des jambes invoqué par Saenger, le nicotinisme incriminé par Esler, et l'abus du thé suspecté par l'auteur, lui apparaissent aujourd'hui comme des facteurs étiologiques de second ordre pour la claudication intermittente; le facteur principal étant la prédisposition nerveuse familiale. L'auteur a déjà antérieurement observé deux frères atteints de claudication intermittente. Aujourd'hui il est à même de citer encore des cas analogues survenant dans deux familles et frappant chaque fois deux frères. Il s'agit dans tous ces cas d'une disposition congénitale héréditaire aux maladies des artères en général, et spécialement des artères des jambes.

L'auteur n'insiste pas sur la symptomatologie bien connue de la claudication intermittente, mais signale cependant l'existence fréquente d'un symptôme qu'on prétendait caractéristique de la myasthénie : celui de l'épuisement anormal (apokamnose). Quant au siège des douleurs et des paresthésies il se trouve dans les jambes, les pieds, les mollets, plus rarement dans les cuisses. L'auteur a observé un cas où les paresthésies douloureuses pendant la marche partaient des pieds, montaient vers les régions inguinale et fessière, et étaient suivies de la sensation du frottement de deux boules dans les lombes et les fesses, avec perte de la sensibilité de la région anale, relâchement du sphincter et excrétion involontaire.

XXXI. — *Un cas de syringomyélie avec chéiromégalie*, par le Dr Schlittenheim (numéro de novembre). — Il est des formes rares de syringomyélie dans lesquelles on observe au lieu des atrophies habituelles, des hypertrophies de certaines parties de membres, hypertrophies qui ont été décrites par Hoffmann et Marie sous le nom de chéiromégalie et par Schlesinger sous le nom de mairosomie. Ces faits expliquent la forme de syringomyélie décrite par Morvan comme une affection spéciale. L'hypertrophie porte parfois sur les parties molles et sur les os à un degré égal, mais souvent elle atteint spécialement les unes ou les autres.

L'auteur rapporte un cas de ce genre qui faisait hésiter d'abord entre la lèpre et la syringomyélie; mais l'absence de bacilles, la paralysie dissociée, élective de la sensibilité, l'immunité dont bénéficie la face, la persistance des réflexes tendineux, etc., firent diagnostiquer une syringomyélie du type Morvan. Le point intéressant à élucider, était de savoir à quoi était imputable le grossissement des mains. Or, l'examen radiographique montra que les os des phalanges étaient atro-

phiés, tandis que les parties molles des doigts avaient beaucoup augmenté de volume. L'observation déjà remarquable par cette atrophie osseuse opposée à l'hypertrophie des parties molles, attirait encore l'attention par le peu d'intensité des atrophies musculaires comparativement aux troubles trophiques si accentués et aux altérations graves de la sensibilité.

XXXII. — *Un cas d'agraphie isolée, avec perte de la faculté de se souvenir* ; par le Dr Erbslöh (numéro de novembre). — Une femme de soixante-trois ans, en bon état psychique, présente pendant huit jours de l'agraphie isolée, sans avoir présenté aucun symptôme général d'un ictus apoplectique. En même temps, survient une perte de la mémoire, qui ne disparaît que cinq semaines après l'agraphie. Cette amnésie ne permet pas à la malade de donner des renseignements sur son passé, son domicile, sa famille. Bien au contraire, elle déclare n'avoir pas de famille, être comme tombée du ciel, et, quoique trois fois veuve, elle ne se souvient pas d'avoir été mariée. Au moment de la visite de ses enfants, elle se souvient en partie de son passé, reconnaît sa famille ; mais, dès que celle-ci a disparu, le souvenir est effacé. La guérison est obtenue après six semaines, suivie, huit jours plus tard, d'un accès de dépression mélancolique, qui guérit d'ailleurs.

Pour expliquer les troubles psychiques observés, l'auteur les compare aux phénomènes morbides de l'aphasie.

De même que dans l'aphasie dite amnésique, par exemple, nous admettons qu'il y a perte de la mémoire auditive, avec conservation de la faculté de comprendre le langage, de même, chez la malade en question, il y avait perte du souvenir pour les faits antérieurs de la vie, avec conservation de la faculté de reconnaître, par la vue et par l'ouïe, les objets et les personnes avec lesquels elle avait été en communication dans le passé. C'est ainsi que, de même qu'au début de la maladie, elle ne pouvait reproduire de mémoire les images optiques des mots, tandis que la faculté de lire était intacte, de même elle était hors d'état de se représenter les faits passés, tandis qu'elle avait la compréhension des objets relatifs à son passé quand elle était mise en leur présence.

L'auteur, en l'absence d'autopsie, présume que ces manifestations sont imputables à un trouble circulatoire localisé.

XXXIII. — *De la rigidité pupillaire réflexe, et du réflexe cortico-cérébral de la pupille* ; par le Dr L. Bach (numéro de décembre). — Où faut-il localiser la lésion de la rigidité pupil-

©BIUM

laire? D'aucuns la localisent dans les tubercules quadrijumeaux antérieurs; mais cette opinion manque de base clinique et anatomique solide. D'autre part, la clinique, l'anatomie pathologique et la physiologie expérimentale confirment l'opinion qui place le siège de la lésion dans la moelle cervicale, ou plutôt à l'extrémité spinale du 4e ventricule.

A ce point de vue, l'auteur a, en expérimentant avec Meyer sur des chats, des lapins et des singes, constaté les faits suivants :

1° Après décapitation (opération qui épargne généralement la partie supérieure de la moelle), la pupille continue à réagir à la lumière;

2° Cette réaction disparaît quand on détruit la moelle cervicale au niveau du segment spinal de la moelle allongée;

3° Après section de la moelle cervicale chez des sujets respirant artificiellement, la pupille réagit encore à la lumière;

4° Elle cesse de réagir si la section porte sur un certain point de l'extrémité spinale du 4e ventricule;

5° Une lésion unilatérale (droite), à ce niveau, a donné lieu à une rigidité de la pupille gauche;

6° Des excitations légères de l'extrémité spinale de la moelle allongée donnent lieu à du myosis avec rigidité pupillaire;

7° Si on sectionne la moelle allongée en amont de l'extrémité spinale du 4e ventricule, le myosis disparaît et la pupille réagit de nouveau à la lumière.

Ces faits tendent à établir qu'il existe, près de la ligne médiane de l'extrémité spinale du 4e ventricule, un centre modérateur pour le réflexe à la lumière, ainsi qu'un centre modérateur pour les excitations susceptibles de provoquer la dilatation pupillaire.

Dans cette hypothèse, qui gagnerait à être confirmée par des recherches cliniques et anatomo-pathologiques chez l'homme, la rigidité pupillaire s'explique et par l'excitation des centres modérateurs, et par la destruction des voies susceptibles d'influencer et de régulariser l'activité de ces centres.

L'examen de cerveaux d'individus qui auraient présenté, pendant des années, de la rigidité pupillaire avec intégrité visuelle, pourrait peut-être révéler l'existence d'une dégénérescence partielle des nerfs optiques et des tractus allant aux tubercules quadrijumeaux; mais le petit nombre de fibres pupillaires rend ces recherches très délicates, et l'auteur avoue les avoir faites sans succès dans deux cas. Quant au myosis avec

©BIUM

rigidité pupillaire, il faut l'attribuer à la puissance plus grande du sphincter comparativement à celle du dilatateur de la pupille, alors que, par l'intervention des centres modérateurs, toutes les forces tendant à dilater ou à rétrécir la pupille sont paralysées.

Quant au réflexe pupillaire d'origine corticale de Haab, provoqué par le simple fait de porter l'attention sur un foyer lumineux, son existence a été contestée par Bumke, et l'auteur, après de nombreuses recherches, n'a pu l'observer qu'une fois; aussi, s'il ne peut en nier l'existence, déclare-t-il qu'il n'en saisit pas la portée diagnostique ou pratique, et estime-t-il que de nouvelles recherches sont désirables.

XXXIV. — *Contribution à l'étude des réflexes cutanés des membres inférieurs et spécialement du réflexe de Babinski*; par le Dr S. Goldflam (numéro de décembre). — Si l'on a bien étudié les réflexes tendineux des membres inférieurs, on a négligé quelque peu l'étude de leurs réflexes cutanés. A ce point de vue, Babinski a enrichi la séméiotique d'un symptôme important, le phénomène des orteils. Observé dans certains cas pathologiques, ce phénomène est, comme on sait, constitué chez les adultes, par l'extension des orteils, au lieu de la flexion, qui se produit à l'état normal, quand on excite la plante des pieds. Babinski l'attribue à une lésion des faisceaux pyramidaux dans leur parcours de l'écorce aux racines médullaires.

Pour le réflexe plantaire normal avec flexion des orteils, les petits muscles de ceux-ci (interosseux et lombricaux) entrent en jeu. Or, le centre de ceux-ci est situé dans la moelle, à la hauteur du deuxième segment sacré, par conséquent plus bas que le centre de l'extenseur du gros orteil et de l'extenseur commun des doigts, qui se trouve dans le cinquième segment lombaire, centre qui est mis en jeu dans le phénomène de Babinski.

L'auteur fait un exposé complet, très documenté, sur la manière dont se comporte ce réflexe cutané, spécialement dans les cas pathologiques, dans la narcose par l'éther ou le chloroforme, dans le sommeil naturel et dans l'expérimentation physiologique. Il est amené ainsi à admettre deux espèces de réflexes cutanés : les corticaux et les médullaires. Ces derniers, qui s'observent exceptionnellement chez l'animal sain, apparaissent régulièrement après extirpation des centres corticaux correspondants ou après section transversale de la moelle.

L'excitation, partie du nerf périphérique, trouve, en effet, à son arrivée dans le système nerveux central, deux voies : l'une par la substance grise de la moelle vers la racine antérieure, c'est celle du réflexe médullaire ; l'autre par la substance blanche vers l'écorce cérébrale, où elle prend la voie centrifuge par les faisceaux pyramidaux pour arriver aux cornes et aux racines antérieures et produire ainsi le réflexe cortical. Si dans ce dernier trajet, que le réflexe suit de préférence à l'état normal, il y a rupture de communication en un point quelconque entre l'entrée de la racine postérieure et la sortie de la racine antérieure, l'excitation suit la première voie qui, à l'état normal, n'est pas utilisée.

Or, le premier réflexe, celui qui passe par le cortex et revient par les faisceaux pyramidaux, arrive aux muscles par les racines antérieures situées à la hauteur du deuxième segment sacré, et produit, comme il a été dit, la flexion des orteils. Mais, que cette voie entre les racines postérieures et les racines antérieures, en passant par le cortex, soit obstruée par une lésion quelconque, soit des voies conductrices, soit des centres corticaux, ainsi que cela arrive dans certaines maladies, ou que le centre cortical cesse momentanément de fonctionner, comme dans le sommeil, alors le réflexe plantaire cortical ne peut se produire, et l'excitation plantaire, arrivée à la racine postérieure, se fraie un chemin, à travers la moelle, vers le groupe des cellules ganglionnaires des extenseurs des orteils, à la hauteur du cinquième segment lombaire, et produit ainsi le réflexe plantaire spinal avec extension, dit réflexe de Babinski.

Si la lésion en question est grave et durable, l'excitabilité du centre sacro-lombaire augmente, et il arrive ensuite que le réflexe de Babinski peut être obtenu même par l'excitation de territoires cutanés autres que la région plantaire, et qu'on peut observer le réflexe croisé.

Mais il peut arriver aussi que ce réflexe, qui doit suivre un chemin peu battu, ne se produise pas, même après suppression du réflexe cortical.

Si l'on observe plus souvent le réflexe de Babinski dans les lésions du trajet centrifuge (voie motrice), c'est parce que les lésions sont plus fréquentes là que dans la voie centripète, et aussi parce que, dans la voie centrifuge, se trouvent les fibres d'arrêt mêlées aux fibres motrices des faisceaux pyramidaux, sans se confondre avec elles.

Dr A. Adam.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Des anesthésies psychiques dites nerveuses ou hystériques. Étude historique, clinique, expérimentale et critique; par le Dr Paul Blum, in-8° de 299 pages. O. Doin, éditeur, Paris, 1906

L'anesthésie psychique est une *illusion de l'esprit*, a écrit le professeur Bernheim, de Nancy, et cet aphorisme, qui sert d'épigraphe à l'important mémoire de M. Blum, son ancien élève, en résume en quelque sorte toute la substance, et en fait pressentir la doctrine.

Après un chapitre consacré à l'historique et dans lequel l'anesthésie psychique est étudiée sous tous les aspects où elle est apparue aux différents observateurs, M. Blum examine les caractères cliniques de cette anesthésie. Et d'abord, les formes cliniques de l'anesthésie expérimentale ou suggérée : Sur 95 sujets pris au hasard, il en a trouvé 60 (45 femmes et 15 hommes), soit 63,15 p. 100, chez qui il a pu créer par suggestion à l'état de veille, des anesthésies plus ou moins complètes, dont 25 hémianesthésies sensitivo-sensorielles. Ces troubles de la sensibilité sont, le plus souvent, très mobiles ; telle anesthésie, très nette la veille, avait disparu le lendemain ou s'était étendue à toute la région, au membre entier, à toute une moitié du corps ; le rétrécissement du champ visuel, l'amblyopie, les anesthésies des autres sens, s'obtiennent par suggestion avec autant de facilité que les sensitives. Des observations très détaillées viennent appuyer cet exposé clinique des plus intéressants. « Dans ces conditions, conclut M. Blum, il serait vraiment illusoire d'attacher une importance quelconque à la topographie des anesthésies : elles sont telles que l'expérimentateur les a créées ou telles que l'imagination du sujet pense qu'elles doivent être. Ces anesthésies sont mobiles, fugaces, sans limites précises, variables, capables de se compléter d'elles-mêmes et même de prendre une fixité quelquefois assez rebelle. D'autre part, l'examen clinique démontre qu'elles

n'existent que dans l'imagination du sujet, qui se conduit inconsciemment comme un simulateur maladroit. »

Etudiant ensuite les formes cliniques de l'anesthésie en apparence spontanée, l'auteur pose en fait avec M. Bernheim que, chez les hystériques, elle n'est ni aussi fréquente, ni aussi caractéristique que les auteurs, à l'envi, se sont plu à le dire. D'après M. Blum, elle n'existerait que dans la minorité des cas (44 p. 100), et l'hémianesthésie, bien que la plus fréquente des variétés, serait encore exceptionnelle. D'où, après les études expérimentales précédentes, on garde cette impression que l'anesthésie dite hystérique n'est pas fonction d'hystérie, mais fonction de suggestibilité. Si certains auteurs ont pu avancer que l'anesthésie ne manquait presque jamais dans l'hystérie, c'est qu'ils ne se sont pas mis suffisamment en garde contre la suggestibilité toujours en éveil de ces malades, et qu'en recherchant l'état de leur sensibilité ils leur ont donné l'idée que cette sensibilité était diminuée ou disparue. D'ailleurs les caractères cliniques de l'anesthésie nerveuse spontanée ne diffèrent pas, ainsi que l'auteur l'établit par des observations détaillées, de ceux de l'anesthésie due à la suggestion.

Donc, au point de vue de l'étiologie des anesthésies psychiques, l'*auto-suggestibilité* est la grande coupable : elle explique toutes les anesthésies dites hystériques. Le sensorium de certains sujets, actionné par le trouble le plus léger, est capable de réaliser cette forme d'anesthésie. L'examen même du médecin peut la créer, alors même qu'elle n'existait pas; ou la développer, la compléter, alors qu'elle n'était qu'ébauchée. D'autres fois, c'est une hémiplégie, un traumatisme local, une affection localisée à une région, un trouble vaso-moteur, une névrite, qui pourront être l'origine d'une anesthésie, réelle en partie, mais exagérée par le sensorium. Les anesthésies greffées sur des lésions organiques du cerveau, pour réelles qu'elles soient, sont modifiées et aggravées par ce même mécanisme : l'hypoesthésie persistante devient une anesthésie complète, et l'anesthésie passagère peut être transformée par auto-suggestion en une anesthésie définitive. Il n'est pas besoin que le sujet soit hystérique pour que ce phénomène s'accomplisse. Il n'y a pas d'anesthésies spontanées hystériques : ce sont toujours, quel que soit leur mécanisme primitif, des anesthésies psychiques retenues par auto-suggestion.

Après ce qui précède, il serait presque superflu de suivre l'auteur dans son exposé du mécanisme selon lequel il conçoit

©BIUM

la réalisation psychologique de l'anesthésie nerveuse si, là encore, il ne se rattachait à des vues doctrinales particulières. Après avoir écarté les théories fétichistes et métaphysiques, condamné en quelques mots les théories physiologiques, il s'arrête plus longtemps aux théories psychologiques, qui pour lui, se rapprochent davantage de la vérité, mais celles qui ont été proposées ne lui paraissent pas acceptables. L'anesthésie nerveuse n'est pas, comme le veut M. Binet, une anesthésie *par inconscience*; ce n'est pas davantage une anesthésie par défaut de synthèse psychologique, comme le soutient M. Janet; il n'y a pas de phénomènes de sub-conscience, il n'y a pas de personnalités et par conséquent de consciences multiples, pas de désagrégation psychologique, pas de centres supérieurs et inférieurs, comme le soutient M. Grasset. « L'idée de rétrécissement du champ de la conscience, dit M. Blum, est une description et pas plus : le sensorium semble être trop petit pour certaines sensations; c'est l'apparence, ce n'est pas la réalité : toutes les théories qui s'inspirent de cette conception ne résistent pas à l'examen des faits cliniques ou expérimentaux convenablement observés. » « Toutes les expériences montrent, d'une façon irréfutable, dit-il encore, que l'anesthésie psychique n'est qu'une illusion et que la conscience supérieure a parfaitement pris connaissance des impressions sensitives ou sensorielles qui paraissent faire défaut. » M. Blum se rattache donc entièrement à la théorie de M. Bernheim d'après laquelle, en définitive, les anesthésies, qu'elles soient hystériques ou suggérées, sont la conséquence d'une suggestibilité très développée. Et la suggestibilité elle-même, propriété normale du cerveau humain, est le résultat de deux autres propriétés également physiologiques de notre cerveau : la crédivité et l'excitabilité réflexe-idéodynamique. Nous n'entrerons pas dans de plus grands développements au sujet de cette théorie que nous avons déjà exposée dans ce recueil (1).

Pour nous d'ailleurs, disons-le, bien qu'il s'agisse ici d'une analyse et non d'une critique, elle n'ajoute rien au mérite du travail de M. Blum, intéressant, surtout par sa partie expérimentale et clinique, qui en constitue la véritable originalité.

A. Cullerre.

(1) A. Cullerre. Hypnotisme et suggestion. *Annales médico-psychologiques*, 1903.

©BIUM

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Dégénérescence mentale et hystérie. Les empoisonneuses. Etude psychologique et médico-légale; par le Dr René Charpentier. 232 pages in-8°. Paris, G. Steinheil, 1906.

— Les lois psychophysiologiques du développement des religions. L'évolution religieuse chez Rabelais, Pascal et Racine; par le Dr Binet-Sanglé. 1 vol. in-12 de 400 pages. Paris, A. Maloine, 1907.

— Zur Lehre von der Lues nervosa; par le Ds Arth. Herm. Hübner. 11 pages in-8°. Extrait du *Berliner klin. Wochenschr.*, 1906.

— Les thérapeutiques récentes dans les maladies nerveuses; par les Drs M. Lannois et A. Porot. 1 vol. in-16 cartonné (96 pages) des *Actualités médicales*. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1907.

— Untersuchungen über die Erweiterung der Pupillen auf psychische und sensible Reize nebst einigen allgemeinen Bemerkungen über Pupillenreactionen; par le Dr Arth. Herm. Hübner. 38 pages in-8°. Extrait de l'*Archiv für Psychiatrie*, 1906.

— The one hundred and ninth annual report of the Board of Managers of the Maryland hospital for the insane near Catonsville Baltimore County. November, 1906. 54 pages in-8°. Baltimore, 1906.

— The unity of insanity; par le Dr Tomlinson. 12 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of insanity*. Octobre, 1906.

— The making of psychiatric records; par le Dr Clarence B. Farrar. 31 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of insanity*. Janvier, 1906.

— Sixth annual report of the medical superintendent of the Dannemora state hospital; Dannemora, N. Y., for the year ending september 30, 1905. 18 pages in-8°. S. l. n. d.

— Clinical Demonstrations. I. Dementia praecox. II. Depressio affectus. III. Depressio psychomotoria; par le Dr Clarence B. Farrar. 3 broch. in-8°. Extraits de l'*American Journal of insanity*, 1906.

— Il metodo morfologico nella frenosi maniaco-depressiva; par le Dr Corrado Tommasi. 30 pages in-8° avec planches. Extrait du *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1907.

— Sixteenth biennial report of the board of managers of State hospital n° 2, Saint-Joseph, MO. 49 pages in-8°. 1907.

— Les folies intermittentes. La psychose maniaque-dépressive ; par G. Deny et Paul Camus. 1 vol. in-16 de 96 pages des *Actualités médicales*. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1907.

— La réforme du régime des aliénés. Examen du projet Dubief. Rapport à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux ; par le Dr Anglade. 19 pages in-8°. Bordeaux, Imprimerie moderne, s. d.

— Protestant hospital for the insane, Verdun. Montréal, Que. Annual report for the year 1906. 58 pages in-8° avec planches. Montréal, 1907.

— Republica Argentina. Estudios médico-legales. Anteproyecto de ley presentado al Ministerio de Justicia é Instruccion publica ; par José Luis Daffy, director de la Carcel de Encausados de Buenos-Aires. 30 pages in-8°. Buenos-Aires, 1907.

— The public obligations of the neurologist ; par le Dr Henry R. Stedman, de Boston. 11 pages in-8°. Extrait du *Journal of nervous and mental disease*, 1906.

— Die Heil-und Pflege-Anstalt bei Wiesloch ; par le Dr Max Fischer, directeur. 7 pages in-4° avec un plan. Extrait du *Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift*. S. d.

— Geisteskrankheiten ; par le Dr G. Ilberg. 1 vol. in-12 cart. de 152 pages. Leipzig, B. G. Teubner, 1907.

— Essai sur la réforme de la loi de 1838 et sur le projet Dubief. Lettre ouverte au Sénat ; par le prof. A. Rémond (de Metz). 26 pages in-12. Toulouse, 1907.

— Ninety-third annual report of the trustees of the Massachusetts general hospital. Including the general hospital in Boston, the Mc Lean hospital and the Convalescent home in Woverley, 1906. 273 pages in-8°, avec planches. Boston, 1907.

— Thérapeutique des maladies du système nerveux ; par le Dr J. Grasset. 1 vol. cart. (585 pages), de l'*Encyclopédie scientifique*. Paris, O. Doin, 1907.

— Carcinoma primitivo del fegato con metastasi cerebrale ; par le Dr Cipriano Giachetti. 10 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di patologia nervosa e mentale*, 1907.

— Religionshygiene ; par le Dr Johannes Bresler. 55 pages in-8°. Halle a. S., Carl Marhold, 1907.

— Contributo alla etiologia delle malattie mentali (Ciclone del 23 giugno 1905 nella provincia di Ferrara). Studio statistico e clinico ; par le Dr Gaetano Boschi. 13 pages in-8°. Ext. du *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1907.

— Il bagno tiepido prolungato come sedativo. Osservazioni e ricerche sperimentali ; par le Dr Carlo Pontiggia. 43 pages in-8°. Extrait de la *Gazzetta medica Lombarda*, mars 1907.

©BIUM

— Department of neurology Harvard medical School. Tome II. 1 vol. in-8° de 188 pages, avec figures. Boston, 1907.

— Fifty-eight annual report of the Board of trustees and superintendent of the central Indiana hospital for insane at Indianapolis, Ind., for the fiscal year ending october 31, 1906. 119 pages in-8°. Indianapolis, 1906.

— Demi-fous et demi-responsables; par le prof. J. Grasset. 1 vol. in-8° (297 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1907.

— Breve consideraçoes sobre a Physio-pathologia et Pathogenia da crise epileptica convulsiva; par le Dr Etheocles Alcantara Gomen. Thèse de doctorat. Rio-de-Janeiro, 1906.

— Conception de l'hystérie. Etude historique et clinique; par le Dr Gaston Amselle. Préface du prof. Bernheim. 1 vol. in-8° de 300 pages. Paris, O. Doin, 1907.

— Sulle diagnosi precoce di pellagra (A proposito del giudicato di un recente concorso); par le Dr G. Antonini. 12 pages in-8°. Extrait de la *Rivista pellagrologica italiana*, 197.

— Die niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten und die Fürsorge des Landes Niederösterreich für schwachsinnige Kinder : Iahresbericht 1904-1905. 1 vol. in-8° de 394 pages. Vienne, 1906.

— Tre casi simultanei di grande isterismo; par le Dr Ferdinando Maggiotto. 19 pages in-8°. Extrait du *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1907.

— Cuestiones penales y penitenciarias reformas legislativas. Informe presentado al Ministerio da Justicia e Instruccion publica; par José Luis Duffy. 41 pages in-8°. Buenos-Aires, 1907.

— Chirurgie des aliénés. Recueil de travaux publiés sous la direction du Dr Lucien Picqué, chirurgien en chef des asiles de la Seine. Tome V. Année 1905. 1 vol. in-8° de 462 pages. Paris. Masson et Cie, 1907.

— Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la démence précoce; par le Dr Jean Zalplachta, médecin en second de l'hospice Marcoutza, 38 pages in-8°, avec figures. Extrait de *Revista Stüntelor medicale*, Bucarest, 1906.

— Annual reports of the board of visitors, trustees, superintendent, treasurer and financial agent of the New Hampshire State hospital to the governor and council. November, 1906. 160 pages in-8°, avec planches. S. l. n. d.

— Fifty-third annual report of the trustees of the Taunton insane hospital for the year ending november 30, 1906, 55 pages in-8°. Boston, 1907.

— State of New-York. State Commission in Lunacy. Seventieth annual report. October 1, 1904, to september 30,

1905. 1 vol. in-8° de 1146 pages, cartonné à l'anglaise. Albany, 1906.

— Reports of the trustees and superintendent of the Butler hospital, presented to the Corporation at its sixty-third annual meeting, january 23, 1907. 49 pages in-8°, avec planches. Providence, R. I., 1907.

— A propos des sorties et congés d'aliénés. Question médicale ou administrative? par le Dr Paul Masoin, médecin en chef de l'asile de Dave (Namur). 10 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1906.

— I concetti moderni della psichoterapia razionale; par le Dr Cipriano Giachetti, 16 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di psicologia applicata alla pedagogia ed alla psicopatologia*. Bologna, 1907.

— La nouvelle loi sur les aliénés; par le Dr G. Drouineau. 16 pages in-8°. Extrait de la *Revue philantrophique*, numéro du 15 février 1907.

— Application de la diazo-réaction urinaire au pronostic de l'état de mal épileptique; par le Dr Paul Masoin. 10 pages in-8°. Bruxelles, Imprimerie L. Severeyns, s. d.

— Les « anticorps syphilitiques » dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des tabétiques; par A. Marie et C. Levaditi. 18 pages in-8°. Extrait des *Annales de l'Institut Pasteur*, février 1907.

— Madre infanticida. Contributo alla casuistica delle frenosi puerperali, ed allo studio della responsabilità penale nel puerperio; par le Dr G. Motti. 32 pages in-8°. Aversa, 1903.

— Micro-organisme trouvé dans le sang pendant la paralysie générale progressive; par le Dr N. Sokalsky. 4 pages in-8°. Extrait du *Centralblatt f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infektionskrankheiten*, 1907.

— Compte général de l'administration de la Justice criminelle pendant l'année 1904, présenté au Président de la République par le Garde des Sceaux, ministre de la Justice, 1 vol. in-4°, de 174 pages, Paris. Imprimerie nationale, 1906.

— Biennial report West Virginia hospital for the insane at Weston. 1905-1906. 79 pages in-8°, avec planches. Charleston, 1906.

— Nature et localisation des fonctions psychiques chez l'auteur du traité de la « maladie sacrée »; par Jules Soury. 32 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, mars-avril 1907.

— Relazione sul manicomio di Catanzaro in Girifalco; par le Dr Giovanni Motti. 17 pages in-8°. Aversa, 1907.

©BIUM

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 29 avril 1907

Présidence de M. CHRISTIAN, président.

L'Assemblée générale s'est tenue à trois heures, rue de Seine, sous la présidence de M. Christian, président.

Se sont fait excuser : MM. Bussard, Damaye, Gilson, Meilhon, Picard, Pochon et Védie.

M. Dupain fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier, et déclare qu'après examen, les comptes ont été reconnus exacts.

L'Assemblée générale approuve les comptes du trésorier pour l'année 1906, et vote des remerciements à M. Mitivié, trésorier.

M. le Président donne la parole à M. Giraud, pour la lecture du rapport annuel.

Rapport du Secrétaire.

MESSIEURS,

J'ai, conformément aux statuts, à vous présenter le rapport sur la situation de notre Association, et vous allez entendre le quarante et unième rapport annuel.

Comme tous les ans, je rappelle que l'œuvre fondée par Baillarger en 1865 n'a pas cessé de venir en aide aux infortunes se révélant dans le groupe restreint des médecins aliénistes. Nous secourons des veuves, des enfants, parfois des confrères dans la gêne. Votre bureau et votre Conseil d'administration savent combien ces secours sont nécessaires, et lorsqu'une infortune nouvelle se révèle le secours est donné le plus promptement possible sous le contrôle du Conseil d'administration.

Sauf une exception datant des premières années de la fondation de l'œuvre, exception que l'assemblée générale a votée

tous les ans en mémoire de Baillarger qui l'avait demandée, la condition nécessaire pour avoir droit au secours, quand une infortune se révèle, est, que le médecin aliéniste fasse partie de notre Association, soit comme membre fondateur, soit comme membre sociétaire.

Pour continuer une pieuse tradition, j'ai à mentionner que Brierre de Boismont, Baillarger, Achille Foville, Lunier, Mesnet, Billod, A. Semelaigne, Bouchereau, Henri Dagonet, forment la liste des confrères disparus ayant été les bienfaiteurs de notre Association.

Depuis notre dernière assemblée générale, la mort nous a enlevé un membre fondateur et un membre sociétaire.

Quelques jours après notre réunion, le 6 mai 1906, le Dr Lapointe mourait presque subitement. Il avait été nommé, en 1864, médecin-adjoint de l'asile de Fains, où il remplissait auparavant les fonctions d'interne. Il était devenu, en 1865, directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier, où il devait rester jusqu'en 1877. Il eut à traverser une dure période pendant l'occupation allemande, quand l'asile devint caserne allemande, les malades de l'asile ayant été répartis à l'hôpital et dans divers établissements de la ville. En juin 1877, il n'accepta pas le changement de poste qui lui était donné et resta quelques mois en disponibilité. Le 23 mars 1878, il fut nommé directeur-médecin de l'asile de Moulins. En août 1884, il fut envoyé comme directeur-médecin à la Roche-Gandon, et cinq ans après, en décembre 1889, à l'asile d'Auxerre. C'est là qu'il devait terminer sa carrière administrative. Il prit sa retraite à la fin de l'année 1900.

Lapointe appartenait à notre Association depuis 1869. En 1883, il avait échangé son titre de sociétaire contre celui de fondateur. Il avait été nommé membre correspondant de la Société médico-psychologique en 1881. Il fut l'un des vice-présidents du Congrès annuel des médecins aliénistes, à la session de Nancy. Depuis qu'il était à la retraite et à une date relativement récente, il avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Nous avions souvent occasion de voir notre vieux confrère Lapointe qui, en quittant le service actif, était venu résider à Paris, près de son fils, chirurgien des Hôpitaux. Il venait volontiers à la Société médico-psychologique et à nos réunions annuelles.

C'était un excellent confrère dont nous regrettons la perte.

Le Dr Delaporte est décédé à Rouen, le 30 décembre 1906, après une douloureuse maladie, à l'âge de soixante-dix ans. Il était originaire de la Manche, et avait été nommé médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon, en 1867. Il avait Morel comme

chef de service. En 1872, il devint médecin en chef à Maréville, et en décembre 1875, directeur-médecin de l'asile de Fains.

Au mois de janvier 1879, il fut nommé directeur-médecin de l'asile de Rennes, et en juillet 1882, il revint à Rouen près de son poste de début, directeur-médecin de l'asile de Quatre Mares. Au mois de septembre 1897, se sentant fatigué et ayant ses trente ans de services, il prit sa retraite et se fixa dans son vieux quartier d'autrefois, à Rouen, St-Sever, rue d'Elbeuf, tout près de la maison qu'habitait et où était mort son ancien maître Morel.

Delaporte appartenait à notre Association depuis 1870. Il avait été avec votre secrétaire un organisateur du premier Congrès annuel des médecins aliénistes, en 1890, et en 1891 avait été nommé membre correspondant de la Société médico-psychologique. Quelques mois avant de prendre sa retraite, il avait présenté au Congrès d'assistance tenu à Rouen en 1897, un très intéressant mémoire résumant l'histoire des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure.

Delaporte était pour moi un vieil ami. Je l'avais connu quand il était médecin en chef à Maréville, j'ai été son successeur à l'asile de Fains et pendant dix ans, nous avons vécu côte à côte, lui à Quatre-Mares et moi à Saint-Yon, ayant des services économiques communs, vivant dans la meilleure harmonie du monde, ayant souvent à collaborer pour des rapports de médecine légale. C'était un excellent confrère, érudit, plein d'entrain quand ses articulations ne le faisaient pas trop souffrir. Dans les dernières années, ses infirmités s'étant aggravées, il vivait en reclus chez lui, mais les amis qui venaient le voir étaient toujours les bienvenus. Votre secrétaire a assisté aux obsèques, et a dit en votre nom un suprême adieu.

Nous avons à regretter la démission de M. Edmond Cortyl.

M. Boubila, en prenant sa retraite, a échangé son titre de membre fondateur contre celui de sociétaire.

Nous avons, d'autre part, fait de nouvelles recrues. Votre Conseil d'administration a, depuis votre dernière Assemblée générale, admis comme membre fondateur, M. le Dr Meuriot, et comme membres sociétaires, MM. les Drs Damaye, Daday, Halberchtadt, Ducos, Mercier, Bonne, Capgras et Cornu. Vous serez heureux, j'en suis certain, de souhaiter la bienvenue à nos nouveaux membres.

L'Association compte à la date d'aujourd'hui :

Membres à vie	2
Membres fondateurs	42
Membres sociétaires.	101
Total des membres.	145

Les asiles souscripteurs sont au nombre de trente-cinq, avec les souscriptions suivantes :

Asile public	de Sainte-Catherine (Allier)	25 fr.
—	de Prémontré (Aisne)	100
—	de Saint-Lizier (Ariège)	50
—	d'Aix (Bouches-du-Rhône)	50
—	de Marseille (Bouches-du-Rhône)	50
—	de Dijon (Côte-d'Or)	100
—	d'Evreux (Eure)	100
—	de Bonneval (Eure-et-Loir)	50
—	de Quimper (Finistère)	100
—	de Toulouse (Haute-Garonne)	100
—	d'Auch (Gers)	100
—	de Bordeaux (Gironde)	100
—	de Rennes (Ille-et-Vilaine)	100
—	de Dôle (Jura)	100
—	de Blois (Loir-et-Cher)	100
—	de Saint-Alban (Lozère)	25
—	de Châlons (Marne)	100
—	de Saint-Dizier (Haute-Marne)	100
—	de La Roche-Gandon (Mayenne)	100
—	de Maréville (Meurthe-et-Moselle)	100
—	de Lesvellec (Morbihan)	100
—	d'Armentières (Nord)	100
—	de Bailleul (Nord)	100
—	de Clermont (Oise)	100
—	de Saint-Robert (Isère)	100
—	d'Alençon (Orne)	50
—	de Saint-Venant (Pas-de-Calais)	100
—	de Pau (Basses-Pyrénées)	100
—	de Bron (Rhône)	100
—	de Bassens (Savoie)	100
—	de Quatre-Mares (Seine-Inférieure)	100
—	de Saint-Yon (Seine-Inférieure)	100
—	de Dury-lès-Amiens (Somme)	100
—	d'Auxerre (Yonne)	100
Asile privé	de Sainte-Marie de l'Assomption	50

Sur la demande de notre président, M. Christian, à M. Mirman, le ministre de l'Intérieur a alloué, en 1906, une subvention de 1.200 francs.

Nous en remercions M. le Ministre et M. Mirman.

J'ai maintenant à vous exposer la situation financière :

Les recettes de l'année 1906, jointes à l'encaisse au 31 décembre 1905, se sont élevées à	Fr.	16.934 74
En caisse au 31 décembre 1905.		5.124 02
Cotisations		2.250 »
Subvention ministérielle		1.200 »
Souscriptions d'asiles		3.148 10
Intérêts des capitaux.		5.157 17
Intérêts des fonds déposés au Crédit foncier. .		13 03
Frais de recouvrements remboursés.		42 42
Total égal.		16.934 74
Les dépenses en 1906 ont été de.		10.663 20
ainsi décomposées :		
A treize veuves de fondateurs ou sociétaires. .		7.100 »
A un fils de sociétaire décédé.		200 »
A deux veuves d'anciens internes d'asile . . .		500 »
Dépenses au Crédit foncier.		19 40
Achat de 6 obligations fusion nouvelle		2.722 40
Frais d'administration : imprimés (13 fr. 90), recouvrements (51 fr. 25), envoi de secours (15 fr. 20), convocations, lettres, envoi du compte rendu (21 fr. 05), indemnité pour la salle de réunion (20 fr.)		121 40
Total.		10.663 20
Restait disponible au 31 décembre 1906 . . .		6.271 54
Total égal aux recettes. . . .		16.934 74

La somme disponible au 31 décembre a permis de distribuer les secours de janvier avant les recettes de l'année courante.

Les secours distribués jusqu'à ce jour par l'association s'élèvent à la somme de 273.619 francs.

Le capital placé suivant les statuts et augmenté de dons et legs, représente environ 172.450 francs, et se décompose ainsi :

3.880 francs de rente, 3 p. 100.
43 obligations du chemin de fer du Midi.
30 obligations du chemin de fer P.-L.-M. fusion.
12 obligations du chemin de fer Est-Algérien.
6 obligations du chemin de fer P.-L.-M. fusion, nouvelles.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1907 sont les suivantes :

En caisse au 31 décembre 1906.	Fr.	6.271 54
Cotisations		2.250 »
Subvention ministérielle		1.200 »
Souscriptions d'asiles		3.150 »
Intérêts des capitaux		5.200 »
Total.		18.071 54

Sur cette somme, conformément aux statuts, on peut disposer d'environ 14.000 francs.

Dans sa dernière séance de janvier, le Conseil a alloué des secours qui s'élèvent à la somme de 3.600 francs ainsi répartis :

A treize veuves de sociétaires ou fondateurs . .		3.600 »
Total.		3.600 »

Il reste donc disponible 10.400 francs pour subvenir aux nécessités du deuxième trimestre, aux éventualités qui peuvent se produire ; dès aujourd'hui le Conseil vous propose d'accorder 500 francs à répartir entre deux veuves d'anciens internes d'asiles.

Tel est l'état de la Caisse. Ce compte rendu financier est fourni comme d'habitude par M. Mitivié, notre aimable Trésorier, dont vous connaissez tout le zèle et le dévouement pour notre Association.

M. le Président remercie M. Giraud du rapport qui vient d'être lu et met aux voix la proposition d'allouer comme les années précédentes le secours de 500 francs aux deux veuves d'anciens internes d'asiles d'aliénés.

Cette proposition est adoptée.

On procède ensuite au renouvellement des membres du Conseil conformément à l'article 9 des statuts.

Les membres sortants sont : MM. Brunet, Christian, Mitivié et Vallon.

MM. Briand, Brunet, Christian, Mitivié, Vallon, sont réélus pour une période de trois ans.

Le Conseil est ainsi composé pour l'année 1907 :

MM. Arnaud, Doutrebente, Dupain, Magnan, Ritti, dont les pouvoirs expireront en 1908.

MM. Antheaume, Giraud, Motet, Semelaigne, Vigouroux, dont les pouvoirs expireront en 1909.

MM. Briand, Brunet, Christian, Mitivié, Vallon, dont les pouvoirs expireront en 1910.

©BIUM

L'Assemblée renouvelle les pouvoirs du bureau :

Président, M. CHRISTIAN.
Vice-Président, M. DOUTREBENTE.
Trésorier, M. MITIVIÉ.
Secrétaire, M. GIRAUD.

La séance est levée à 4 heures.

LISTE DES MEMBRES

Membres à vie.

M. Christian. M. Doutrebente.

Membres fondateurs.

MM.	MM.	MM.
Antheaume.	Duhamel.	Meuriot.
Arnaud.	Dupré.	Mitivié.
Ballet (G.).	Faucher.	Moreau (de Tours).
Biaute.	Gallopain.	Motet.
Boudrie.	Giraud.	Nolé.
Briand.	Girma.	Parant.
Brunet.	Goujon.	Péon.
Carrier.	Homery.	Pétrucci.
Chaslin.	Lalanne.	Pierret.
Chaussinand.	Lallemant.	Régis.
Conso.	Lapointe.	Ritti.
Cortyl (Germain).	Mabille.	Semelaigne.
Cullerre.	Magnan.	Vallon.
Dagonet (Jules).	Marandon de Mon-	Voisin (Jules).
Dubuisson (Paul).	tyel.	

Membres sociétaires.

MM.	MM.	MM.
Adam (Aloyse).	Belletrud.	Boubila.
Anglade.	Bessières.	Bourdin.
Audy.	Bonnet (J.).	Broquère.
Baruk.	Boissier.	Brunet (St-Yon).
Bécue.	Boiteux.	Bussard.
Bellat.	Bonne.	Capgras.

MM.	MM.	MM.
Chardon.	Lalanne.	Pochon.
Charon.	Larroussinie.	Raffegeau.
Charuel.	Legrain.	Ramadier.
Chocreaux.	Legras.	Rayneau.
Colin.	Leroy.	Rey.
Cornu.	Levet.	Rist.
Croustel.	Louis (Léon).	Rodiet.
Daday.	Lwoff.	Roubinowitch.
Damaye.	Malfilâtre.	Rousset.
Danner.	Marchand.	Santenoise.
Dericq.	Marie.	Séglas.
Devay.	Martinenq.	Sérieux.
Dubourdieu.	Maupaté.	Sizaret.
Dubuisson (M.)	Meilhon.	Sollier.
Ducos.	Mercier.	Terrade.
Dumaz.	Mignot.	Thibaud.
Dupain.	Monestier.	Thivet.
Fenayrou.	Nageotte.	Toulouse.
Garnier (Samuel).	Nicoulau.	Toy.
Gilson.	Pactet.	Trénel.
Gimbal.	Pain.	Truelle.
Guyot (Aug.).	Papillon.	Védie (Henri).
Halberchtadt.	Paris.	Vernet (Moulins).
Hamel.	Pélissier.	Viallon.
Hospital.	Picard.	Viel.
Jacquin.	Pichenot.	Vigouroux.
Joffroy.	Pilleyre.	Vurpas.
Journiac.	Planat.	

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de mai 1907 : M. le Dr Chocreaux, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé médecin en chef de l'asile de Lommelet (Nord), poste créé ;

M. le Dr Terrade, médecin-adjoint de l'asile de la Charité (Nièvre), est nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul ;

M. Plantié est nommé directeur de l'asile de Clermont (Oise), en remplacement de M. Mabille ;

M. le Dr Rodiet, médecin-adjoint de l'asile de Mondevergues (Vaucluse), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise) ;

M. le Dr Coulonjon, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 francs).

— Une médaille d'argent de l'Assistance publique est décernée à Mlle Delaunay, Joséphine, gardienne-infirmière à l'asile de Blois (Loir-et-Cher).

Des médailles de bronze de l'Assistance publique sont décernées à MMmes Emilienne Déchelotte et Amélie Marchal, infirmières en chef à la Maison nationale de Charenton, et Françoise Marchal, infirmière à la Maison nationale de Charenton.

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Attentat contre le professeur De Boeck, de Bruxelles. — On lit dans le *Journal de Neurologie*, de Bruxelles (numéro du 5 juin 1907) :

« Notre distingué collègue, le Dr De Bœck, vient d'être victime d'un attentat qui faillit lui coûter la vie ;

« Le 5 juin, à dix heures du matin, le concierge de l'hôpital Saint-Jean remarquait les allures étranges d'un particulier qui se promenait devant la porte de cet établissement ; cet individu portait un fusil de chasse en bandoulière, il arpentait le trottoir et semblait attendre quelqu'un.

« A 10 heures 1/4, le Dr De Bœck, chef de l'asile-dépôt de l'hôpital, sortit. A peine notre confrère avait-il dépassé la porte

que l'inconnu s'arrêta, se campa solidement, épaula son fusil et tira. M. De Bœck, ayant aperçu le geste de son agresseur, se retourna vivement et se protégea la tête à l'aide de son bras droit. Au moment de la détonation, notre confrère chancela. L'assassin voulant achever sa victime, allait presser à nouveau la détente lorsqu'un passant se précipita sur lui. Le coup partit sans atteindre le docteur ; une lutte acharnée s'engagea entre les deux hommes, qui roulèrent sur le pavé. Plusieurs spectateurs étant intervenus, l'agresseur fut maîtrisé. M. De Bœck rentra précipitamment à l'hôpital où il reçut les soins empressés de ses confrères ; il portait plusieurs blessures au bras, au cou et au flanc droit.

« Le brave dont l'intervention a sans doute sauvé la vie est Maximilien Compère, pompier de la ville de Bruxelles. L'agresseur est le Dr Tison, jeune médecin interné récemment à l'asile de l'hôpital. Le criminel déclare avoir voulu se venger de M. De Bœck qui, en conseillant sa collocation, a brisé sa carrière. Il prétend n'avoir jamais présenté aucun dérangement cérébral ; il paraîtrait cependant qu'il aurait adressé des lettres de menaces au Dr Hauchamps et qu'il aurait écrit au commissaire de police de la 4e division que le Dr Hauchamps était atteint d'aliénation mentale et qu'il fallait le colloquer dans un asile pour tuberculeux.

« L'état du Dr De Bœck n'offre heureusement aucune gravité ; ses blessures se cicatrisent normalement et son rétablissement complet ne peut tarder.

« Nous présentons à notre confrère toutes nos félicitations et l'expression de toute notre sympathie. »

Nous nous associons avec empressement à nos confrères belges : nous félicitons chaudement M. le Dr De Bœck d'avoir échappé à un grave danger, et nous formons les vœux les plus sincères pour sa prompte et complète guérison.

COMMISSION D'ÉTUDES POUR ÉTABLIR LE PROGRAMME D'ÉDUCATION DES PUPILLES DIFFICILES OU VICIEUX

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique, dans sa session de mars 1906, a pris en considération un vœu tendant à ce qu'une commission d'études, composée notamment de médecins spécialistes, de pédagogues ayant déjà élevé des dégénérés, de directeurs de colonies pénitentiaires, de directeurs de maisons de préservation ou de réforme organisées et soutenues par l'initiative privée, soit nommée pour établir le programme d'éducation et d'enseignement médico-pédagogique.

Le Conseil d'Etat, auquel a été soumis le projet de décret portant règlement d'administration publique en ce qui concerne

©BIUM

l'application de la loi du 28 juin 1904 sur l'éducation des pupilles difficiles ou vicieux, demande, avant de donner son avis que les résultats des délibérations de la commission d'études lui soient communiqués.

Il y avait donc intérêt à désigner sans tarder les membres de cette commission. C'est ce que vient de faire le président du Conseil, ministre de l'Intérieur.

La Commission ainsi instituée est composée de la manière suivante :

Président : M. COULON, vice-président du Conseil d'Etat.

Membres : MM. ALBANEL, juge d'instruction près le tribunal de la Seine ;

Le Dr BOURNEVILLE, membre du conseil supérieur de l'Assistance publique ;

BRUN, ancien directeur de la colonie des douaires ;

Le Dr MAURICE DE FLEURY ;

GRANIER, inspecteur général des services administratifs ;

GRIMANELLI, directeur de l'administration pénitentiaire ;

Le Dr JANET, professeur au Collège de France ;

MIRMAN, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ;

OGIER, conseiller d'Etat, directeur du contrôle et de la comptabilité ;

Le Dr PAUL BONCOUR ;

Le Dr PHILIPPE, chef des travaux au laboratoire de psychologie de la Sorbonne ;

Le Dr RAYMOND, professeur à la Faculté de médecine ;

ROLLET, président de la Société de patronage de l'enfance et de l'adolescence ;

Le Dr ROUBINOVITCH, médecin de la Salpêtrière ;

Le Dr THULIÉ, vice-président du conseil supérieur de l'Assistance publique ;

VOISIN, conseiller à la Cour de cassation.

SECRET PROFESSIONNEL. CERTIFICAT

Le Conseil général de l'Association générale des médecins de France a été appelé, dans sa séance du jeudi 18 octobre 1906, à donner son avis sur une intéressante question de secret professionnel. Nous empruntons au *Bulletin de l'Association* (numéro du 15 novembre 1906, page 8) la solution qui a été donnée.

Le président de la Société de l'Aveyron, M. le Dr Bompaire, a demandé l'avis du Conseil général au sujet d'une question de secret professionnel.

Un médecin de l'Aveyron est sollicité par les héritiers d'une de ses clientes pour obtenir un certificat constatant qu'au

moment où cette dame a consenti la vente de ses biens, elle ne jouissait pas de ses facultés intellectuelles et qu'elle était incapable de connaître l'importance de l'acte qu'elle avait signé.

M. le Dr Bompaire, après avis conforme d'un des conseils judiciaires de la Société de l'Aveyron, a conseillé au confrère intéressé de ne pas délivrer le certificat qui lui était demandé et de se retrancher derrière le secret professionnel.

M. Lereboullet a consulté à ce sujet Me Deligand, qui lui a adressé la réponse suivante :

« Je n'ai aucune hésitation sur le cas du Dr X... et je lui conseille formellement de *refuser* le certificat qui lui est demandé.

« Il est probable que les héritiers engageront un procès pour demander la nullité de la vente qui leur fait grief, et il leur appartiendra de provoquer une enquête judiciaire pour établir que la venderesse n'était pas saine d'esprit.

« Le Dr X... sera sans doute cité comme témoin ; il devra comparaître à l'enquête, et je suis d'avis que, devant le juge, il se retranche derrière le secret professionnel.

« A plus forte raison doit-il se garder aujourd'hui de fournir un certificat qui serait la base d'un procès, et je me permets même de lui recommander d'éviter tout propos qui pourrait être retenu et invoqué par les héritiers.

« Il serait fort embarrassé si on venait le lui rappeler au cours de l'enquête. Donc, réserve absolue pour ne pas engager sa responsabilité. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

35. *Suicide.* — On télégraphie de Châteauroux au *Petit Journal* (numéro du lundi 28 janvier 1907) :

Depuis quelque temps déjà, M. Louis Michenet, âgé de quatre-vingt-quatre ans, né à Luçay-le-Mâle, et rentier à Lye, se croyait en proie à d'invisibles persécuteurs contre lesquels il combattait dans son délire.

Pendant la nuit, le malheureux déséquilibré tenta de se suicider en allumant du charbon dans un chaudron de fonte; mais, voyant venir trop lentement la mort par ce moyen, il saisit son couteau de poche et s'en donna sept coups violents à la gorge ; le dernier atteignit la trachée artère.

Mais, survivant à ses blessures, le fou eut la force de prendre une ficelle de fouet et de se pendre à la clef de son armoire, au pied de laquelle on le trouva mort le lendemain matin, baignant dans son sang.

36. *Sextuple homicide.* — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du samedi 2 février 1907) ;

©BIUM

On signale de Weinheim, dans le grand-duché de Bade, qu'un crime horrible vient d'être commis dans un village voisin, dans des conditions particulièrement dramatiques.

A Luetzelssachen, un ouvrier charron, Philippe Hœrdt, a, dans une crise de folie soudaine, tué à coups de hache sa femme et trois de ses enfants, âgés de treize, dix-sept et dix-neuf ans.

Il a blessé très grièvement, et peut-être mortellement, deux autres de ses enfants, âgés de dix et de sept ans.

C'est seulement au matin qu'un voisin, entrant chez Hœrdt, a découvert le crime. Le meurtrier, à ce qu'on dit, était tranquillement assis à sa table, tandis qu'auprès de lui râlaient, dans les derniers spasmes de l'agonie, sa femme et un de ses fils ; deux des enfants n'étaient déjà plus que des cadavres.

Mme Hœrdt et un troisième enfant succombèrent dans la matinée.

Hœrdt avait déjà séjourné dans un asile d'aliénés, mais il n'avait jamais fait preuve de folie furieuse, et sa femme avait pu obtenir sa sortie de l'asile.

Elle espérait que ses soins et les joies de la famille hâteraient la guérison du malheureux dont elle vient d'être la première victime.

37. *Tentative d'uxoricide.* — Un employé de commerce, Marcel Rissenard, âgé de trente-neuf ans, demeurant 23, rue de Bagneux, à Montrouge, a été pris hier soir d'un accès de folie furieuse et a tenté d'étrangler sa femme, âgée de trente-deux ans. Aux cris poussés par la malheureuse, des voisins accoururent et durent engager une lutte terrible avec le fou, qu'ils parvinrent à ligoter et à conduire au commissariat de M. Buchotte, d'où le magistrat l'a envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du lundi 4 février 1907.)

38. *Tentative d'homicide.* — On télégraphie de Rome au *Journal* (numéro du lundi 4 février 1907) :

Le conseiller de la préfecture de Chieti, M. Cali, qui avait été appelé à Rome par le ministre, pour affaires de service, et qui était descendu dans un hôtel, a été atteint soudain d'aliénation mentale. Il commença à tirer, dans le vestibule et dans l'escalier de l'hôtel, de nombreux coups de revolver, au grand effroi des voyageurs ; puis il s'enferma dans sa chambre et s'y barricada. Lorsque les agents de police, appelés par le propriétaire de l'hôtel, essayèrent de pénétrer dans la chambre, le fou leur répondit par une grêle de coups de revolver, si bien que les agents durent battre en retraite. On se contenta d'exercer une surveillance autour de la chambre.

Ce fut seulement ce matin, après vingt-quatre heures d'attente, que deux agents, profitant d'un moment où le fou avait

©BIUM

laissé la porte entr'ouverte, pénétrèrent dans la chambre et réussirent à s'emparer du malheureux et à le maîtriser. Il a été enfermé dans une maison de santé.

39. *Uxoricide.* — On télégraphie d'Amiens au *Journal* (numéro du mardi 5 février 1907) :

Dans une crise d'alcoolisme, le nommé Emile Roger, âgé de quarante-deux ans, cultivateur au Cauroy, a mortellement blessé sa femme, Valentine Blondel, âgée de cinquante-deux ans, d'un coup de fusil; il a opposé une résistance énergique aux gendarmes venus pour l'arrêter.

40. *Tentative d'homicide et de suicide.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du samedi 9 février 1907) :

« L'abbé Locard, âgé de cinquante ans, curé de Trungy, près Bayeux, a, dans un accès de fièvre chaude, tenté de tuer sa servante avec un couteau, puis a essayé de se couper la gorge avec un rasoir.

« Il a été immédiatement transporté à l'hôpital de Bayeux. Son état est très grave. »

41. *Excentricités.* — Une jeune femme de trente ans environ, très jolie, de manières aristocratiques, et vêtue d'une toilette de soirée fort riche, qu'elle portait, du reste, avec une rare élégance, interpellait, cette nuit, rue Saint-Lazare, un cocher noctambule.

— A la Gaîté, lui dit-elle impérieusement, en prenant place dans le fiacre.

Le cocher obéit, bien qu'un peu étonné. Arrivé devant le théâtre désigné, il s'arrêta. L'inconnue mit pied à terre et parut fort désappointée de trouver portes closes et lumignons éteints.

— Allez me chercher le directeur, demanda-t-elle, fort arrogante, à l'automédon interloqué.

Celui-ci tenta alors de faire à son étrange cliente des observations fort sensées; mais elles déplurent sans doute à la jeune femme qui, devenue furieuse, reprit sa place dans le « sapin » et termina la scène en disant :

— Vous ne voulez pas obéir à l'impératrice de Russie? Je vais vous tuer!... Conduisez-moi chez un armurier, où j'achèterai le revolver nécessaire à l'exécution de mes desseins!

Comprenant alors que sa cliente était folle, le cocher l'emmena tout simplement au poste de la rue Notre-Dame-de-Nazareth, où elle passa le reste de la nuit à menacer les agents du knout des cosaques.

Interrogée dans la matinée par M. D'Homme, commissaire de police des Arts-et-Métiers, la malheureuse n'a pas pu faire connaître son identité.

Elle a été envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du dimanche 10 février 1907.)

42. *Violatrice de tombeaux.* — On télégraphie de Saint-Etienne au *Journal* (numéro du mardi 12 février 1907) ;

Une partie de la population de Saint-Etienne a été mise en émoi par une macabre découverte faite dans un cimetière.

On a en effet surpris une femme de trente-cinq ans, nommée P... et demeurant dans le quartier du Treuil, au moment où elle déterrait le cercueil d'une personne récemment décédée. Les témoins de cette scène se précipitèrent dans le cimetière, mais, à leur grand effroi, ils s'aperçurent, en arrivant auprès de la femme P..., que celle-ci avait déjà déterré deux cercueils, et qu'après les avoir brisés, elle en avait retiré deux cadavres d'enfants qui étaient placés l'un à côté de l'autre sur une tombe.

La femme P... fut entraînée hors du cimetière ; elle se laissa faire sans résister en aucune façon, se contentant de rire d'une façon sinistre. La malheureuse était folle.

Mariée à un contremaître employé en Allemagne, où elle l'avait suivi, M^me^ P... avait déjà été internée ; comme elle semblait guérie, son mari la renvoya à Saint-Etienne.

On suppose que la pauvre femme a perdu la raison à la suite de la perte d'un de ses enfants.

43. *Double infanticide et suicide.* —On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 16 février 1907) :

Notre correspondant du Mans nous écrit qu'hier soir un gendarme à la résidence de la Chartre-sur-le-Loir, Henri-Jean-Baptiste Olivier, a tué ses deux enfants, âgés de trois et cinq ans. Olivier s'est ensuite suicidé.

Ce drame a eu pour cause la folie. Le gendarme Olivier avait eu, il y a trois ans, un violent accès de neurasthénie ; dans le courant de janvier, il avait eu la grippe et il lui en était resté de violents maux de tête.

Hier, dans l'après-midi, pendant une absence de sa femme qu'il avait envoyée à Artins (Loir-et-Cher) pour consulter un empirique relativement aux maux de tête, Olivier coucha ses deux enfants après leur avoir fait prendre leur repas du soir ; puis, subitement, il s'empara d'un rasoir et trancha la gorge des pauvres petits. La mort du garçonnet et de la fillette fut instantanée.

Olivier se plaça ensuite devant sa glace et se tira dans la tempe droite deux balles de son revolver d'ordonnance. La première glissa sur l'os frontal et ne fit qu'une blessure insignifiante, la seconde sortit par la tempe gauche. Son état paraît désespéré.

C'est M^me^ Olivier qui, à son retour d'Artins, a constaté cette tragédie. Les gendarmes n'avaient rien entendu.

Le ménage Olivier était très uni.

©BIUM

Originaire de l'Orne, Olivier était un ancien sous-officier du 103e de ligne. Il s'était marié à Jupilles (Sarthe) et était à la Chartre depuis 1902.

Le *Temps* du jeudi 21 février annonçait la mort du gendarme Olivier, à l'hospice du Mans où il avait été transporté.

44. *Tentative de parricide.* — On télégraphie de Toulon au *Petit Temps* (numéro du samedi 16 février 1907) :

Le petit village de Fayence a été le théâtre d'une tentative de parricide.

L'adjudant en retraite Raynaud, qui, depuis quelque temps, donnait des signes d'aliénation mentale, a assommé son père, âgé de soixante et onze ans, à coups de gourdin. C'est après une discussion motivée par un manquement de respect à sa mère que le fils Raynaud a assommé son père. L'état de celui-ci est désespéré. Le fils meurtrier n'a pu être arrêté qu'au prix des plus grands efforts.

Armé de son gourdin, il menaçait d'en faire usage contre ceux qui l'approchaient.

45. *Parricide.* — On télégraphie de Toulouse au *Matin* (numéro du lundi 18 février 1907) :

Hier soir, un drame est venu mettre en émoi les populations des communes de Saint-Félix et de Saint-Julia (Haute-Garonne). C'est dans la métairie habitée par M. Bourdil, sise entre les deux bourgs, que s'est produit le crime.

M. Bourdil père, propriétaire, a été assassiné par un de ses fils à l'aide d'une arme à feu. Le coupable, qui ne jouit pas de toutes ses facultés mentales, a été arrêté.

46. *Scènes de folie à Berlin.* — Sous ce titre, le *Temps* (numéro du lundi 4 mars 1907) publie le fait suivant que lui télégraphie son correspondant de Berlin.

« Une famille entière vient d'être atteinte simultanément à Berlin de folie religieuse. Un officier payeur, nommé Sagave, habite avec sa femme et ses quatre enfants, âgés de dix-huit à vingt-quatre ans, un confortable appartement de la Reichenbergerstrasse.

« L'officier était malade depuis quelque temps. Les siens demandaient sa guérison à la prière, et la femme, les trois filles et le fils en étaient arrivés peu à peu à un degré d'exaltation que le malheureux officier ne parvenait plus à calmer. Sous prétexte de chasser le diable de l'appartement, ils saccagèrent, la nuit dernière, tout le mobilier et mirent tout le quartier en émoi par leurs cris et leurs exorcismes. Au milieu de ce tapage, on entendait les appels au secours du malade qu'on rouait de coups sous prétexte d'expulser le diable de son corps. Il fallut l'intervention des pompiers pour pénétrer dans l'appartement et mettre fin à ces scènes de forcenés. La mère et les quatre

enfants ont dû être internés dans une maison de santé. Au moment où elle fut maîtrisée par la police, la femme de l'officier, qui avait fait un autodafé de ses vêtements, se préparait à se jeter en chemise par la fenêtre. »

Le *Temps* du mercredi 6 mars 1907 publiait, comme complément du fait précédent, la note suivante :

« La folie mystique qui a frappé l'autre nuit toute la famille d'un officier attire l'attention sur une secte qui s'efforce d'obtenir par la prière la guérison des malades et mêle le spiritisme à ses exercices. Cette secte, dont font partie nombre d'officiers, a son local dans un des quartiers aristocratiques de Berlin. »

47. *Triple suicide.* — On télégraphie de Hendaye au *Journal* (numéro du mercredi 6 mars 1907) :

Une horrible tragédie, due à la monomanie religieuse, et qui rappelle celle récemment survenue à Berlin, vient de se dérouler à Urroz, près de Pampelune.

Trois personnes, le frère et deux sœurs, ont été trouvés, le premier affreusement carbonisé, les deux autres avec d'horribles brûlures, dans leur appartement, où les meubles et autres ustensiles étaient brisés.

Quand les voisins intervinrent, une des sœurs, sur le point d'expirer, put déclarer qu'ils s'étaient laissés mourir de faim, afin de gagner la gloire céleste.

Mais la mort tardant à venir, avec les débris des meubles, ils firent un bûcher, où une sœur mit le feu après que le frère et la sœur y furent étendus, et c'est miracle que l'incendie ne se propagea pas.

Ce fait a produit dans la région une profonde impression.

48. *Homicide et suicide.* — On lit dans le *Petit Temps* (numéro du mardi 12 mars 1907) :

Ce matin à neuf heures, 101, rue Michel-Bizot, M. Johannès Jouve, âgé de quarante-sept ans, ancien graveur pour imprimerie et galvanoplastie, a étranglé sa gouvernante, M^me^ veuve Faivre, née Laure Proudhon, âgée de cinquante ans, qu'il avait prise à son service depuis quelques années, et lui a tiré ensuite trois balles de revolver dans la région du cœur. Son crime accompli, il s'est fait sauter la cervelle.

De l'enquête à laquelle s'est livré M. Marie, commissaire de police du quartier du Bel-Air, il résulte que M. Jouve, qui donnait depuis plusieurs mois des signes d'aliénation mentale et qui était atteint de la monomanie des grandeurs, a agi dans un accès de démence.

Originaire de la Charente-Inférieure où il est né en 1859, M. Johannès Jouve occupait un atelier de gravure, 11, cité Beauharnais. Il avait gagné quelque fortune et vivait de ses

©BIUM

rentes. Resté veuf, sans enfant, il avait pris comme gouvernante, il y a quatre ans, la veuve d'un gendarme, Mme Faivre, qui sollicitait tout dernièrement un bureau de tabac en raison des services rendus autrefois par son mari.

Tous les deux, depuis le mois de juillet dernier, occupaient un logement de 600 francs, composé de quatre pièces. Récemment, Mme Faivre découvrit chez son maître des signes non équivoques de dérangement cérébral. Il écrivait à tout propos des lettres adressées à différents personnages politiques pour demander la croix de la Légion d'honneur. Il en avait promis une à son concierge.

Alarmée, la gouvernante prévint la famille de M. Jouve et écrivit, notamment, à son oncle M. Thébault, entrepreneur de travaux publics à Surgères, et à son neveu. Tous deux accoururent à son appel et sont encore à Paris.

Ce matin, vers neuf heures, M. Jouve sortit de son appartement, sommairement vêtu, et alla frapper à la porte de son voisin, M. Degrandchamps, auquel il n'avait, jusqu'alors, jamais adressé la parole. Ce dernier vint lui ouvrir.

« Ma gouvernante, lui dit-il, est une voleuse, je viens d'en acquérir la preuve. Elle m'a traité de singe. Alors, je l'ai étranglée. »

Puis quittant son interlocuteur stupéfait, il rentra chez lui et s'enferma à double tour de clef.

M. Degrandchamps ne crut pas à l'exactitude de ce récit, mais par mesure de prudence, il crut toutefois devoir avertir le concierge. Ce dernier monta et sonna vainement chez M. Jouve. Il prévint alors M. Marie, commissaire du quartier, qui se rendit sur les lieux, accompagné de son secrétaire et du Dr Tisserand. On enfonça la porte et on découvrit dans la salle à manger, inanimée et couchée sur le dos, Mme Faivre, qui ne donnait plus signe de vie.

Non loin d'elle, étendu sur le ventre, M. Jouve râlait, frappé de trois balles à la tête. L'une d'elles avait atteint l'œil, qui était sorti de son orbite. Il expirait au moment où on le transportait à l'hôpital Trousseau dans une voiture d'ambulance.

Le juge de paix a apposé les scellés sur la maison par mesure conservatoire.

49. *Infanticide et suicide.* — Dans un modeste logement sis 12, rue de l'Occident, à Versailles, habitaient depuis un an les époux Chrétien, vingt-huit et vingt-cinq ans, et un bébé, Clément, âgé de dix mois. Le père travaillait comme peintre décorateur dans un atelier du voisinage; quant à sa femme, Georgette, elle exerçait la profession de repasseuse.

Tout allait pour le mieux dans le jeune ménage, lorsqu'à la

©BIUM

suite de ses couches Mme Chrétien devint subitement folle. Après avoir été traitée dans une maison de santé, elle revint dernièrement parmi les siens. Néanmoins, comme son état exigeait encore des soins, sa sœur, Mme Dolléans, se chargea de l'entretien du ménage dans la journée.

Hier soir, à sept heures, croyant que son beau-frère allait rentrer incessamment, cette dernière ayant une course à faire, laissa la malade seule et partit.

Dix minutes ne s'étaient pas écoulées que Mme Chrétien, prise d'un subit accès de folie, descendit chercher un boisseau de charbon, alluma un réchaud et, après avoir hermétiquement clos sa chambre, s'étendit sur son lit avec son fils.

Le lendemain matin, lorsque son mari rentra de Choisy-le-Roi où son patron l'avait envoyé, il ne put que constater la mort du malheureux bébé. Quant à Mme Chrétien, elle râlait encore, mais à l'hôpital où elle fut ausitôt transportée, on désespère de la sauver. (Le *Matin*, numéro du jeudi 14 mars 1907.)

50. *Double infanticide et suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du vendredi 15 mars 1907) :

Au cours d'une crise de neurasthénie, la femme d'un employé des pompes funèbres, Mme Roscréus, âgée de trente-huit ans, s'est tuée hier, 59, rue de Flandre, avec ses deux enfants, âgés de deux et trois ans, en allumant une forte provision de charbon de bois et en ouvrant le robinet du gaz.

51. *Double infanticide et tentative de suicide.* — On télégraphie de Reims au *Petit Temps* (numéro du vendredi 15 mars 1907) :

A la suite d'une fièvre puerpérale, Mme Frambosier, née Hermance Gamblin, âgée de vingt-six ans, fut atteinte de troubles cérébraux et sa famille dut exercer sur elle une surveillance constante.

Or, hier dans la matinée, la malade a tenté à deux reprises de se suicider, la première fois avec un couteau et la seconde avec un revolver. Le soir, profitant d'une courte absence de son mari et de ses gardes, elle a saisi un rasoir et a coupé la gorge de son dernier né et de sa fillette Thérèse, âgée de vingt-deux mois.

On a trouvé les petites victimes baignant dans leur sang. Le bébé était mourant et la petite Thérèse grièvement blessée. L'un et l'autre ont été transportés à l'hôpital de Fismes. On a dû mettre la camisole de force à la mère, qui tentait à nouveau de se suicider.

52. *Menaces de mort et tentatives d'homicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 18 mars 1907) :

Depuis quelque temps, M. Jules Gauthier, âgé de quarante-

©BIUM

sept ans, cultivateur et garde champêtre de Mesnil-Panneville, près Rouen, donnait des signes de dérangement cérébral. A maintes reprises, il avait manifesté l'intention de se donner la mort. Aussi, hier, samedi, en entendant deux coups de feu partis de la chambre où son mari s'était enfermé, Mme Gauthier crut-elle que celui-ci venait de mettre à exécution ses projets de suicide. Elle courut donc au chef-lieu de canton, à Barentin, prévenir la gendarmerie, et deux gendarmes s'en furent à Mesnil-Panneville pour faire les constatations d'usage. Mais quel ne fut pas l'étonnement des deux représentants de l'autorité quand, en arrivant devant la maison de Gauthier, ils virent celui-ci accoudé à sa fenêtre. Ils voulurent l'interpeller, mais celui-ci leur répondit : « N'approchez pas ou je vous tue comme des lapins ! »

Les gendarmes crurent à une plaisanterie, et l'un d'eux, se détachant d'un groupe où il se tenait avec le maire et plusieurs habitants du pays, voulut escalader la haie pour pénétrer dans l'intérieur de la maison, mais deux détonations se firent entendre : le forcené venait de décharger son fusil dans la direction du gendarme. Ce dernier n'insista pas et revint près du maire. Gauthier, qui reparut à la fenêtre après sa tentative d'assassinat, se mit à apostropher le maire et les personnes qui l'entouraient : « Je sais que ce que je fais est mal, leur cria-t-il, mais cela ne me fait rien. Je n'ai de confiance en personne, je n'ai foi qu'en Dieu. Je ne me rendrai qu'au président de la République ! »

Le maire lui ayant parlé de sa femme et de sa fille, Gauthier a répondu : « Je leur ai dit adieu ; je ne les reverrai plus. Je me défendrai jusqu'à la mort ; il faudra qu'on bombarde ma maison ! »

Voyant qu'il serait difficile d'en venir à bout, le maire a demandé des instructions à la préfecture, et, dans l'après-midi, le capitaine de gendarmerie s'est rendu à Mesnil-Panneville en même temps qu'ordre était donné aux gendarmes des brigades de Barentin et de Pavilly de partir pour cette localité et d'y surveiller, avec toute la prudence voulue, la maison du garde champêtre.

Le capitaine de gendarmerie a inspecté la maison, dont toutes les issues sont fermées et barricadées ; il s'est adressé à Gauthier, mais le garde champêtre lui a dit de se retirer au plus vite s'il ne voulait pas être fusillé.

Le capitaine a fait cacher ses hommes autour de la maison en attendant les événements.

Le même journal annonce, dans son numéro du mardi 19 mars, qu'on est parvenu, grâce à un subterfuge à s'emparer de Gauthier, mais que les gendarmes furent obligés de

le ligoter pour le conduire à l'asile de Quatre-Mares, près Rouen.

53. *Tentative de suicide.* — Un homme d'une quarantaine d'années, vêtu avec une grande élégance, traversait, hier après-midi, vers quatre heures, la place de la Concorde. Soudain, il se mit à pousser des cris effroyables, en gesticulant, puis, avant qu'on ait pu l'en empêcher, il se précipitait dans l'un des bassins...

Des agents le retirèrent de sa situation critique et le conduisirent devant M. Chanot, commissaire de police. Celui-ci vit rapidement qu'il avait affaire à un fou.

Le malheureux dément, qui portait des cartes de visite au nom de Wilhelm Kohersperger, de Dresde, a été envoyé à l'infirmerie spéciale du dépôt. (Le *Journal*, numéro du jeudi 21 mars 1907) :

54. *Tentative de parricide et suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du vendredi 22 mars 1907) :

Une jeune femme, M^me^ Toulouse, âgée de vingt-cinq ans, vivait, ainsi que son mari, chez son père, qui est un petit loueur de voitures de l'avenue de Saint-Ouen. Celui-ci est veuf. Il est âgé d'environ soixante ans. La jeune femme avait pour lui une affection sans bornes. En revanche, il y avait quelque mésintelligence entre elle et son mari, garçon coiffeur dans un lavatory du voisinage et qu'elle accusait de la tromper. Du reste, elle avait perdu, il y a un peu de temps, son bébé, et ce deuil l'avait laissée dans un état de mélancolie maladive très accentuée.

A la suite d'une discussion avec son mari, M^me^ Toulouse décidait de se suicider avec son père. Elle achetait un litre de pétrole et elle en inondait son lit. Puis un revolver à la main, elle proposait à son père de se donner la mort. Celui-ci essaya de la désarmer, mais il n'y put parvenir. Et la malheureuse femme tira sur lui trois coups de revolver qui l'étendirent sur le plancher. Après quoi elle mit le feu à son lit. Et se tirant un dernier coup de revolver dans la tête, elle tomba morte sur son fauteuil.

Quoique très grièvement blessé, son père put éteindre l'incendie. Il a été transporté à l'hôpital Bichat.

55. *Infanticide.* — On télégraphie de Lyon au *Journal* (numéro du samedi 30 mars 1907) :

Une femme nommée Pathery, âgée de trente ans, qui vivait maritalement avec un nommé Blancheton, a, au cours d'une crise alcoolique, assommé sa fillette Angèle, âgée de trois ans et demi. Elle est ensuite sortie de la chambre qu'elle occupait, 62, rue Rabelais, portant sa seconde fille, un bébé d'un an. A onze heures, ce matin, on la ramassait ivre dans le ruisseau.

©BIUM

C'est en venant pour vérifier l'adresse donnée par l'ivrognesse, qu'un brigadier de police a découvert le crime.

Le corps de la fillette est criblé de blessures anciennes ou récentes.

56. *Suicide.* — Une couturière, M^lle Raymonde Höhn, âgée de trente-deux ans, demeurant 24, rue du Cherche-Midi, vient de mettre fin à ses jours dans des circonstances particulièrement dramatiques. Neurasthénique, en proie à de fréquentes hallucinations, la malheureuse avait à maintes reprises manifesté son intention d'en finir avec une existence qui lui était à charge.

Hier matin, après une nuit de fièvre, la couturière se leva. Elle ouvrit la fenêtre et, tristement, contempla un moment la rue baignée de soleil; puis, délibérément, elle enjamba la barre d'appui et se lança dans le vide. Un instant, son corps tournoya, puis vint s'abattre, affreusement mutilé, sur les pavés: la tête, littéralement ouverte, laissait échapper la cervelle.

M. Maréchal, commissaire de police, a procédé aux constatations légales. (*Le Journal*, numéro du lundi 1^er avril 1907.)

57. *Suicide.* — Atteinte de la manie de la persécution, M^me Mélanie Gazé, quarante et un ans, demeurant, 8, rue de l'Alma, à Courbevoie, s'est suicidée, la nuit dernière, en avalant le contenu d'un verre de sel d'oseille. (*Le Journal*, numéro du lundi 1^er avril 1907.)

58. *Tentative d'homicide et suicide.* — On lit dans *le Temps* (numéro du samedi 6 avril 1907) :

M. Raphaël Soler, âgé de soixante et un ans, adjoint au maire de Corneille-de-Conflent (Pyrénées-Orientales), gère le débit de tabac. D'après les règlements des contributions indirectes, les débitants sont tenus de faire la déclaration du vin qu'ils récoltent, même s'ils ne le livrent pas à la vente. Soler, comme beaucoup de ses collègues, avait négligé de remplir cette formalité.

Sur une dénonciation anonyme, un inspecteur de la régie vint en janvier procéder à une vérification chez Raphaël Soler et lui dressa procès-verbal pour non-déclaration de récolte.

Le malheureux débitant s'exagéra l'importance de ce procès-verbal; il se vit traîné en justice et perdit la raison.

Hier le dément causait avec sa femme, âgée de cinquante-cinq ans, lorsqu'il prit subitement un couteau, et se précipitant sur M^me Soler la frappa violemment au bas-ventre. Celle-ci se sentant blessée et voyant son mari brandir encore son couteau ensanglanté, s'enfuit de la maison en appelant au secours.

Pendant ce temps l'adjoint se frappait d'un coup de couteau au sternum, mais la lame glissa. Voyant qu'il s'était manqué, Soler monta sur le toit de son immeuble, se précipita dans le vide et se tua sur le coup.

©BIUM

L'état de Mme Soler est très grave.

59. *Double infanticide.* — On lit dans *le Temps* (numéro du lundi 8 avril 1907) :

Notre correspondant de Nantes nous écrit qu'un drame horrible de la folie vient de se dérouler dans la commune de Château-Thébaud, au village de la Poterie. Pris d'un accès de délire furieux, un nommé Julien Perthuis, âgé de cinquante-cinq ans, a égorgé ses deux enfants avec un terrible instrument, large couteau dont les jardiniers se servent pour le greffage des arbres.

C'était samedi matin dès l'aube. La mère venait de partir à une messe d'enterrement; les enfants étaient encore au lit, ils venaient de s'éveiller; le père, cultivateur, s'apprêtait à se rendre au travail. Tout à coup, l'aîné des enfants, un jeune garçon de treize ans, vit son père s'emparer de son greffoir et s'approcher menaçant du lit, en brandissant son arme. L'enfant sauta à bas de sa couche et voulut fuir; le père le poursuivit jusque dans l'écurie, le rejoignit, et sans écouter les supplications du pauvre petit, qui à genoux lui demandait grâce, lui trancha la gorge d'une oreille à l'autre, d'un seul coup de son arme. L'enfant fut tué net.

Le meurtrier revint à la maison. Il aperçut sa petite fille, âgée de sept ans, qui n'avait rien entendu, et dormait paisiblement; il lui saisit la tête, et comme à son frère lui coupa la gorge. Mais le coup, moins profondément porté, dévia quelque peu, les organes essentiels furent épargnés et l'on conserve un léger espoir de sauver la petite blessée.

Son double meurtre accompli, Perthuis s'enfuit dans le village, hagard, criant : « Je viens de tuer mes deux enfants! » On s'empara de lui, on l'attacha et on l'enferma, en attendant l'arrivée de la gendarmerie et du parquet. On n'a pu tirer de lui aucune explication; il se borne à pousser des cris inintelligibles. C'est par les constatations faites qu'on a reconstitué l'horrible tragédie.

On a appris le drame à la pauvre mère avec tous les ménagements possibles, mais elle est tombée dans un état de prostration inquiétant et il a fallu l'éloigner momentanément de ses enfants.

60. *Folie homicide.* — Un chemisier d'Angers, nommé Lemoine, a tué de deux coups de revolver sa femme, âgée de trente-huit ans, enceinte de sept mois, puis il lui a tranché l'artère carotide à l'aide d'un rasoir.

Lemoine, qui a été arrêté, avait été interné dans une maison d'aliénés; il faisait de mauvaises affaires.

Ses trois enfants ont été recueillis par les voisins. (*Le Temps*, numéro du mardi 9 avril 1907.)

©BIUM

61. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du dimanche 14 avril 1907) :

Un drame de la folie s'est déroulé, hier matin, rue de Tanger, 47, à la Villette. Au cours d'une crise aiguë, Félix Pradoux, cinquante-cinq ans, s'est rué sur son gendre, M. Emile Chavastelong, vingt-neuf ans, marchand de vins, lui a déchargé à bout portant deux balles de revolver et l'a ensuite frappé de quatre coups de couteau.

Pradoux, ancien débitant, était venu s'installer dernièrement chez ses enfants, qui ne tardèrent pas à s'apercevoir de son état. Il avait de fréquents accès de folie, et alors, ne parlait rien de moins que de tuer tout le monde. Il était atteint de la monomanie de la persécution.

La semaine dernière, M. Chavastelong fit placer le lit de son beau-père dans sa chambre à coucher, car les crises devenaient plus fréquentes et il fallait exercer sur lui une surveillance incessante.

Hier matin, Pradoux se réveilla en sursaut, à cinq heures :

— Emile, hurla-t-il, tu vas mourir!...

En prononçant ces paroles, il déchargea deux balles de revolver sur son gendre, qui ne fut pas atteint, et se leva dans le but de maîtriser son beau-père ; mais le fou furieux, armé d'un long couteau, s'en servit pour l'éventrer.

Grièvement blessé de trois coups de cette arme à l'abdomen, M. Chavastelong s'affaissa sur le tapis, inanimé.

Des gardiens de la paix, prévenus en hâte, le transportèrent à l'hôpital Saint-Louis.

Pradoux fut conduit au poste voisin, d'où M. Ducrocq, commissaire de police du quartier de la Villette, l'a dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

62. *Double homicide.* — On télégraphie de Toulouse au *Journal* (numéro du lundi 15 avril 1907) :

Hier, vers midi, alors que rien ne faisait prévoir un semblable forfait, Dominique Bonzom, âgé de trente-cinq ans, demeurant au hameau du Brouca, commune de Saint-Paul (Hautes-Pyrénées), tirait à bout portant un coup de fusil sur sa sœur Eugénie, âgée de vingt-deux ans, et la tuait net.

Au bruit de la détonation, la mère, Justine Bernadas, veuve Bonzom, âgée de soixante ans, qui travaillait au jardin, accourut, Dominique fit feu également sur sa mère.

Blessée au flanc droit, la pauvre femme courut au dehors chercher du secours, mais, perdant son sang, elle n'en eut pas la force et s'affaissa sur le seuil.

Un voisin qui venait, aperçut Bonzom qui, l'arme rechargée, lui criait : « Avance, il y en a pour toi autant! »

Se retournant vers sa mère, Dominique murmura : « Puis-

©BIUM

que nous sommes tous perdus, autant en finir. » Il pressa la gâchette pour la troisième fois, et la pauvre vieille fut tuée net.

Bonzom alors ferma toutes les portes à double tour, ainsi que la fenêtre qui donne sur la rue, puis remit à un meunier un billet ainsi conçu : « Que personne n'entre chez moi, pas même les gendarmes. Je ne parlerai qu'au Parquet. »

Bientôt le brigadier de gendarmerie Duvergé et un gendarme, de la brigade de Saint-Laurent-de-Nesle, arrivaient; mais le criminel déclarait que si on avançait, il faisait feu.

Vers sept heures du soir, Bonzom ouvrit les croisées, mais il conservait son fusil à sa portée, tout en donnant des explications.

Le brigadier Duvergé le pria alors d'allumer une bougie, prétendant que la nuit l'empêchait de voir. Bonzom enflammait une allumette, lorsque Duvergé, bondissant, enjamba la fenêtre et le saisit à bras le corps. L'assassin saisit son fusil, mais il fut bientôt réduit à l'impuissance par le second gendarme accouru.

Les paroles qu'il prononçait étaient pleines d'incohérence. Les voisins déclarent que le meurtrier n'avait pas un parfait équilibre mental et qu'il était souvent en violente dispute avec sa mère et sa sœur.

La foule est surexcitée et aurait fait un mauvais parti au parricide si les gendarmes n'avaient pas été là.

63. *Agression violente.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mardi 23 avril 1907) :

A Maureillas (arrondissement de Céret), hier, au moment où les fidèles assistaient à la grand'messe, un fou nommé Peytavi, devenu furieux, pénétra dans l'église, armé d'une fourche à quatre pointes en fer, et se précipita vers le maître-autel, allant droit vers le curé, M. Pla, dans l'intention de le tuer. En voyant le fou entrer avec cette arme, plusieurs dames poussèrent des cris qui mirent en éveil le curé; d'autres se trouvèrent mal. Les plus courageuses se précipitèrent pour porter aide au curé; la plupart s'enfuyaient, épouvantées. Dans leur fuite précipitée, les femmes tombaient et étaient piétinées par les personnes qui venaient derrière elles. Le fou furieux, profitant du désarroi, a pu arriver au maître-autel et attaquer le curé à l'improviste, en essayant de l'atteindre au ventre. M. Pla put saisir la fourche et éviter ainsi d'être blessé grièvement. Il n'a, en effet, été que très légèrement touché à la lèvre inférieure et à la main droite; sa soutane a, de plus, été traversée de part en part en deux endroits. On s'est, après de grands efforts, rendu maître du dément.

64. *Tentatives d'assassinat.* — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 27 avril 1907) :

©BIUM

Hier, vers sept heures et demie du soir, au moment où le train de Dijon s'ébranlait à la gare de Lyon, un individu, qui avait pris place dans un wagon de 3e classe, se jeta, par une fenêtre du wagon, sur le quai. Il se mit à menacer les personnes qui étaient accourues vers lui, si bien que le gardien de la paix de service, le conduisit au commissariat spécial de la gare.

M. Grondard, commissaire-adjoint, l'interrogea. L'individu répondit d'abord avec calme; il se nommait Andreas Matteio, était ouvrier mineur et arrivait d'Angleterre. Tout d'un coup, il sortit de sa poche un couteau, l'ouvrit et se jeta sur le commissaire. Celui-ci, surpris par cette attaque soudaine, fut frappé à trois reprises au cou et au visage. Le gardien de la paix, planton au commissariat, M. Jean Porchet, accourut au secours de M. Grondard; il s'affaisa à son tour, blessé à la poitrine et au bras gauche. Le fou fut enfin maîtrisé par le gardien de la paix Bard, blessé lui aussi, mais peu grièvement, et par le chef de train Parquet, survenu par hasard.

M. Bordères, commissaire spécial, fit diriger le fou sur l'infirmerie spéciale du Dépôt, tandis que le Dr Sicard, médecin de la Compagnie, soignait les blessés. M. Grondard a été conduit à son domicile et l'agent Porchet à l'hôpital Saint-Antoine.

Ce matin, M. Hennion, directeur de la Sûreté générale, a envoyé son chef de cabinet prendre des nouvelles de M. Grondard et de l'agent Porchet. Leur état bien que grave n'inspire pas d'inquiétude.

65. *Tentative de suicide.* — Rue Bellot, 17, Julia Resche, ménagère, âgée de quarante-quatre ans, vit maritalement avec un bouvier, employé aux abattoirs de la Villette. La malheureuse avait, depuis quelque temps, le cerveau hanté par la folie de la persécution.

— Il faut que cela finisse, déclara-t-elle, à plusieurs reprises à son compagnon. La vie m'est devenue insupportable. Mon parti est pris.

Vainement, son ami s'efforça de modifier ses sentiments en raisonnant la pauvre femme.

Hier matin, tandis qu'il était à son travail habituel, Julia s'étendit sur son lit. S'armant d'une paire de ciseaux, à quatre reprises, elle s'en frappa à l'abdomen, et s'ouvrit littéralement le ventre.

Aux râles de la blessée, des voisins accoururent. On ouvrit la porte du logement, et, après les premiers soins, on transporta Julia Resche à l'hôpital Lariboisière. Son état est désespéré. (*Le Matin*, numéro du samedi 4 mai 1907.)

66. *Agression violente.* — On lit dans *le Matin* (numéro du samedi 4 mai 1907) :

M. Fernand Bonouvrier, trente-cinq ans, établi sculpteur

©BIUM

sur bois, 42, rue Beaubourg, perdait, il y a trois jours, sa maîtresse, qu'il conduisit avant-hier, au Père-Lachaise, où on procéda à l'incinération. M. Bonouvrier voulut assister à la cérémonie, et, quand celle-ci fut terminée, il regagna son domicile, l'esprit très frappé par le spectacle auquel il venait d'assister.

Hier matin, le sculpteur quitta son magasin et s'en fut acheter une magnifique gerbe de fleurs. Puis, se rendant au commissariat de police de la rue Beaubourg, et s'adressant à l'inspecteur Gillot, il lui dit :

— Je vous reconnais, c'est vous mon voleur, tenez voilà pour vous récompenser.

Et alors que de la main gauche l'homme tendait la gerbe de fleurs à l'inspecteur, de la main droite il brandissait un énorme couteau et essayait d'atteindre l'agent. Fort heureusement, le collègue de celui-ci, M. Taxil, avait vu briller la lame. D'un bond il se jeta sur le sculpteur sur bois et parvint à le désarmer, non sans soutenir une lutte terrible avec lui.

Désarmé et ligoté, M. Fernand Bonouvrier, qui avait perdu la raison en voyant incinérer sa maîtresse, a été conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

67. *Tentative de suicide.* — Une jeune femme appartenant à une excellente famille de l'avenue du Maine, M^lle^ Céline Bourmichon, avait été envoyée en traitement pour neurasthénie aiguë, par ses parents, dans une maison de santé de la banlieue. Elle en était sortie, il y a quelques jours, paraissant complètement guérie.

Il n'en était rien, malheureusement. Et hier, dans l'après-midi, passant quai de Passy, M^lle^ Bourmichon se jeta dans la Seine.

Les mariniers Lapoule et Lefebvre réussirent à sauver la désespérée. Quelques heures plus tard, elle donnait, au commissariat de M. Bacot, des signes si évidents de dérangement cérébral que ce magistrat l'a envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt, en attendant que sa famille, prévenue, prenne une décision à son égard. (*Le Matin*, numéro du dimanche 5 mai 1907.)

68. *Double homicide et suicide.* — On lit dans *le Temps* (numéro du dimanche 5 mai 1907) :

Un sieur Jean Peytel, cultivateur aisé de Poleymieux (Rhône), ayant vu réformer son fils unique, qui avait contracté une pleurésie au régiment, en conçut un violent chagrin, et se persuada à tort que le jeune homme était tuberculeux et condamné à une mort prochaine. Dans son désespoir, il a surpris sa femme et son fils pendant leur sommeil, et les a tués à coup de revolver ; puis il est allé se précipiter dans une citerne.

69. *Un sémaphoriste qui devient fou.* — Un train express a été arrêté l'avant-dernière nuit, entre Vendeuvre et Jessains

©BIUM

(Aube), par un garde-sémaphore qui, devenu subitement fou, avait mis le signal à l'arrêt. Il était ensuite descendu sur la voie, et lorsque le train s'arrêta, à quelques mètres de lui, l'insensé cribla de pierres le chauffeur et le mécanicien. Il fallut le ligoter pour l'introduire dans un wagon.

Il a été ensuite amené à Bar-sur-Aube et dirigé sur un asile. (*Le Temps*, numéro du dimanche 5 mai 1907.)

70. *Excentricités.* — On télégraphie de Saint-Etienne au *Journal* (numéro du vendredi 10 mai 1907) :

Un Italien, nommé Blanco, atteint d'aliénation mentale, s'est déshabillé dans l'église de Saint-Romain-Le-Puy, et, tout nu, monta sur l'autel, au grand effroi d'une demoiselle occupée à réparer les ornements.

Il fallut l'intervention de deux de ses compatriotes pour décider Blanco à se rhabiller.

TRIBUNAUX

Les surprises du divorce. — En 1903, M. X... avait obtenu un jugement par défaut prononçant le divorce à son profit. Après expiration des délais d'opposition et d'appel, ce jugement, devenu définitif, fut transcrit, conformément aux prescriptions de la loi, sur les registre de l'état civil.

Or, ces temps derniers, M. X... recevait de l'administrateur d'un asile d'aliénés de la Seine un exploit d'huissier lui annonçant qu'on allait poursuivre la nullité du divorce prononcé en 1903. Et M. X.., bien que très ennuyé de l'aventure, ne fut pas autrement surpris.

C'est que M^me^ X... était, dès avant l'instance, enfermée dans cet asile, et M. X... avait fait suivre habilement la procédure à l'ancien domicile de la malade.

A la requête de cet administrateur, mandataire *ad litem* de M^me^ X..., la 4^e^ chambre du Tribunal civil vient de déclarer nulle la procédure de divorce de 1903, après plaidoiries de M^es^ Ducuing et Duboille. (*Le Temps*, numéro du vendredi 1^er^ mars 1907.)

Responsabilité civile des familles d'aliénés. — On lit dans *le Temps* (numéro du mardi 21 mai 1907) :

Le tribunal civil de Perpignan vient de rendre un jugement appelé à avoir un certain retentissement, qui consacre le droit qu'ont les agents de la force publique blessés en service commandé de se porter partie civile contre les auteurs des sévices dont ils ont souffert, ou contre les héritiers de ces auteurs.

Un sieur Rous, de Cerbère, pris d'un accès de folie furieuse, se barricadait le 13 décembre 1905 dans sa maison. Une femme

©BIUM

fut tuée par le forcené d'un coup de fusil; une autre fut blessée. Enfin les gendarmes de la brigade de Thuir mirent le fou hors d'état de nuire, mais la chose ne se fit pas sans danger; un gendarme fut atteint à l'œil par un nouveau coup de feu tiré par Rous. Le gendarme dut être mis à la retraite comme impropre au service actif et le ministère de la Guerre liquida à la somme de 850 francs pour perte de l'usage d'un œil en service commandé sa pension de retraite. Mais le gendarme retraité estima que la famille Rous était civilement responsable du préjudice que lui causait et la perte d'un œil et sa mise à la retraite anticipée. Il lui a donc demandé une indemnité. Sa demande soutenue par Me Verges a été favorablement accueillie par le tribunal, qui a condamné la famille Rous à 5.000 francs de dommages-intérêts envers le gendarme.

Responsabilité morale et responsabilité sociale. — Le Conseil de guerre du 6e corps a eu à se prononcer hier sur une intéressante question de responsabilité morale.

Le réserviste Guillozet, du 19e bataillon de chasseurs, à Verdun, rentrant ivre dans la caserne, fut conduit aux locaux disciplinaires. Il chercha à s'évader en brisant les carreaux et en tentant de démolir la porte de sa cellule. L'adjudant essaya de le calmer. Guillozet l'insulta à trois reprises, et finalement le frappa à coups de pied et à coups de poing.

Il ne fallut pas moins que l'intervention d'un général, témoin de l'incident, pour ramener le forcené au calme.

Guillozet a été interné trois fois pour démence alcoolique.

L'examen mental auquel le parquet militaire le fit soumettre conclut à une responsabilité atténuée.

Le commissaire du gouvernement, l'intendant Le Lorie, soutient la thèse de la responsabilité sociale de l'inculpé et de la nécessité pour les tribunaux de considérer de plus en plus la répression légale comme un moyen très efficace de guérison de certaines tares morales.

Le Conseil a déclaré Guillozet non coupable de voies de fait et l'a condamné pour outrages dans le service et bris de clôture à deux ans de prison. (Le *Temps*, numéro du jeudi 30 mai 1907.)

FAITS DIVERS

Interdiction de la vente de l'opium en Chine. — On lit dans le *Temps* (numéro du mardi 21 mai 1907) :

D'après un télégramme de Pékin au *Times*, le délai de six mois après la publication des édits de novembre dernier contre l'opium a expiré vendredi. Ce jour-là, la dernière fumerie d'opium a été fermée. Tous les restaurants et endroits mal

©BIUM

famés de la ville, où l'usage de l'opium était toléré, ont pris leurs mesures pour l'interdire à l'avenir.

Des mesures sont prises également par les autorités anglaises. Celles-ci ont reçu des rapports sur le progrès du mouvement contre l'opium, rapports provenant des consuls, missionnaires et autres étrangers dans toutes les parties du Céleste-Empire.

Dans la province de Pékin, les résultats sont tout à fait satisfaisants, ainsi que dans les provinces de Canton et du Kouang-Si. Ils sont moins visibles dans le Szé-Tchouen, le Tché-Kiang, An-Hui et Chan-Si. Le Chan-Toung et Shanghaï ne sont pas satisfaisants; mais à Nankin, où les résultats sur le public ne sont pas apparents, des mesures effectives ont amené la suppression de cette habitude parmi les classes militaires et étudiantes.

Les provinces du Yang-Tsé ont fait peu de progrès.

La question de l'interdiction de la morphine constituera une difficulté formidable. Toutes les puissances manufacturières, excepté le Japon et l'Allemagne, ont maintenant donné leur consentement à l'application des clauses, dans les traités anglais et américains, défendant l'importation de la morphine, sauf pour des besoins médicaux.

Le Japon est le plus grand fabricant d'aiguilles hypodermiques et autres objets pour l'usage de la morphine. La morphine entre en contrebande en Chine en grande quantité.

Le mouvement contre l'opium est certainement populaire. Toute la presse indigène est en sa faveur. L'usage de l'opium n'est plus à la mode. Il ne le sera plus du tout lorsqu'on dénoncera les fonctionnaires fumant l'opium et qu'ils seront privés de leurs fonctions.

Nouveaux journaux de médecine mentale et de psychologie. — Nous nous empressons de souhaiter la bienvenue à deux nouveaux périodiques, publiés l'un en langue russe, l'autre en langue allemande.

Le premier, consacré à la médecine mentale, a pour titre : *Psychiatrie contemporaine, revue mensuelle*, et paraît à Moscou sous la direction de MM. A. Bernstein, W. Mouratoff et S. Soukhanoff. Les secrétaires de la rédaction sont MM. Gannouchkine et Lakhtine. Les noms de ces savants, dont plusieurs ont collaboré aux *Annales médico-psychologiques*, sont les plus sûrs garants du succès de ce nouveau recueil.

Le second, destiné à l'étude des questions limitrophes de la théologie et de la médecine, est intitulé : *Zeitschrift der Religionspsychologie*. Ses rédacteurs en chef sont le pasteur Gustav Vorbrodt et notre savant et distingué confrère, le Dr Joh. Bresler, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lublinitz, en

©BIUM

Silésie, qui dirige avec tant de talent la *Gazette hebdomadaire de psychiatrie et de neurologie*. Dans une lettre-circulaire adressée à ses collègues, M. Bresler expose l'esprit et le but de cet intéressant recueil. On y trouvera l'application aux recherches de psychologie religieuse des connaissances acquises en psychiatrie et en psychologie médicales. On y combattra surtout certaines tendances pathologiques, d'origine récente, connues sous les noms de *science chrétienne* (Christian Science) et de *guérison par la prière* (Gesundbeten) et qui font de sérieux ravages en Allemagne où elles ont pris un développement considérable. Il semble donc grandement temps, ajoute notre collègue, de remettre la science au premier plan et de s'efforcer de travailler dans le sens de la saine raison.

Les *Annales* souhaitent cordialement à leurs nouveaux confrères longue vie et prospérité.

XVII[e] CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(*Genève et Lausanne* — 1[er]-7 août 1907)

Programme.

GENÈVE. — **Jeudi 1[er] août.** — *Matin* : Séance d'inauguration.

Après-midi : 1[er] Rapport. — M. GILBERT BALLET : *L'expertise médico-légale et la question de responsabilité.* — Discussion.

Soir : Promenade en bateau et dîner sur le lac.

Vendredi 2 août. — *Matin* : Séance à l'Asile de Bel-Air. Communications diverses.

Après-midi : 2[e] Rapport. — M. ANTHEAUME : *Les psychoses périodiques.* — Discussion.
Réunion du Comité permanent.

Samedi 3 août. — *Matin* : Communications diverses. — Démonstrations anatomiques et projections.

Après-midi : Communications diverses.
Réunion du Congrès en Assemblée générale.

Dimanche 4 août : Pas de réunion officielle. Les congressistes iront à Divonne-les-Bains (Ain) ou à Evian-les-Bains (Haute-Savoie), où des réceptions sont organisées par les établissements hydrothérapiques de ces stations.

©BIUM

LAUSANNE. — Lundi 5 août. — *Matin* : Séance au Palais de Rumine. 3e Rapport. — MM. CLAUDE et SCHNYDER : *Nature et définition de l'hystérie.* — Discussion.

Après-midi : Asile de Cery-sur-Lausanne. Dernière séance. — Communications diverses.

Collation offerte par l'Asile. Départ pour Montreux-Territet.

Mardi 6 août. — Excursion à Glion, Caux, Rochers de Naye. Déjeuner à Caux. — Dîner au Kursaal de Montreux.

Mercredi 7 août. — Excursion dans la Gruyère. — Réception par l'Asile de Marsens (près Bulle).

Dislocation du Congrès.

Le Congrès comprend : 1° Des *Membres adhérents* (Docteurs en médecine) ; 2° Des *Membres associés* (Dames, membres de la famille, étudiants en médecine, présentés par un membre adhérent).

Les Asiles qui s'inscrivent au Congrès figurent parmi les membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de : **20** francs pour les *Membres adhérents* et **10** francs pour les *Membres associés*.

Prière d'adresser sans retard à M. le Dr LONG, secrétaire général du Congrès, 6, rue Constantin, Genève :

1° *Les adhésions et le montant des cotisations* ;

2° *Les titres et résumés des communications.*

Un programme plus détaillé avec des indications pour les hôtels, excursions, etc., sera envoyé à la fin de juin aux adhérents déjà inscrits et aux médecins qui en feront la demande.

Les membres adhérents et associés inscrits recevront en même temps un formulaire à remplir pour les demandes de billets de réduction sur les chemins de fer français (réduction 50 p. 100, durée : 25 juillet-15 août). Ce formulaire, avec l'indication du trajet à parcourir jusqu'à Genève (gare du P.-L.-M.), devra revenir au Secrétariat général avant le 10 juillet.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

BIBLIOTHÈQUE DE PSYCHIATRIE

Chronique

Le XVII[e] Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Session de Genève-Lausanne; août 1907.

Pour la seconde fois, depuis que nos assemblées annuelles existent, le Congrès des aliénistes et des neurologistes a franchi la frontière. Cette année, il a tenu ses assises dans cette Suisse romande, aux sites merveilleux, au sein de cette population petite par le nombre de ses habitants, mais grande par son amour de la science et par les nombreux savants qui l'ont illustrée.

Attirés par l'intérêt des rapports qui étaient à l'ordre du jour et par la réputation scientifique des Universités de Genève et de Lausanne, les congressistes étaient venus en grand nombre; ai-je besoin de dire quelle cordiale et luxueuse hospitalité nous a accueillis. Nombreuses aussi étaient les dames, qui ajoutaient par leur

©BIUM

présence un charme de plus à ce Congrès, dont le succès fut des plus brillants. Grâce à l'activité du sympathique secrétaire général, le Dr Long, un habitué de nos Congrès, tout fut admirablement organisé, les rapports nous parvinrent assez à temps pour permettre à chacun de les étudier à loisir.

Jeudi matin, 1er août, à 9 heures, la séance d'inauguration avait lieu au Palais de l'Université, dans la salle de l'Aula, sous la présidence de M. le conseiller d'Etat Besson, représentant le gouvernement de Genève, qui a souhaité la bienvenue aux congressistes et les a remerciés d'avoir choisi cette ville comme siège du dix-septième Congrès. Il a passé en revue les progrès accomplis dans le traitement des aliénés depuis le jour où Pinel, rompant avec les traditions de brutalité et de violences employées jusque-là à l'égard des malheureux déments, brisa enfin leurs chaînes. Il nous a montré Genève s'imposant de lourds sacrifices pour réaliser dans la construction de l'asile du Bel-Air le traitement moderne des aliénés, et a exprimé l'espoir que le Congrès actuel ne pouvait qu'éclairer les pouvoirs publics et les aider à marcher encore plus avant dans la voie du progrès.

M. Barthélemy, chancelier du Consulat de France à Genève, a félicité les congressistes d'avoir choisi, pour leur assemblée annuelle, cette capitale si pleine de charmes, grâce à sa riante nature et à la courtoisie de ses aimables habitants ; capitale si riante, a-t-il ajouté, qu'un savant venu à Genève pour mettre fin à ses jours, reprit goût à la vie en contemplant les eaux bleues du lac Léman et sa ceinture de coteaux verdoyants.

M. le professeur Francotte, de Liége, au nom de ses compatriotes, a apporté le salut de la Belgique, que tant de points rapprochent de la Suisse.

M. le professeur Laskowski a souhaité, lui aussi, la

©BIUM

bienvenue aux congressistes au nom du recteur, en tournée scientifique en Ecosse ; il a passé en revue les progrès considérables accomplis pendant ces trente dernières années dans le domaine de la psychiatrie et de la neurologie, grâce, a-t-il dit, à des savants dont la plupart sont réunis dans cette salle.

M. Drouineau, délégué du Gouvernement français, a remercié le Président du Conseil d'Etat d'avoir bien voulu accepter la présidence de la séance d'inauguration ; il a dit combien il était heureux d'avoir été choisi par le Gouvernement français pour le représenter dans ce beau pays où tout concourt à rendre le séjour agréable.

Les visites que se proposent de faire les congressistes dans les asiles d'aliénés de la Suisse ne pourront qu'être des plus profitables à tous ; et il exprime l'espoir que les praticiens français en rapporteront des enseignements et des données qui leur permettront de solliciter des réformes en France et de provoquer des modifications utiles à la loi sur les aliénés, actuellement en préparation.

M. Drouineau, comme inspecteur général et comme médecin, s'est toujours vivement intéressé à tout ce qui touche à l'aliénation mentale et l'organisation des asiles d'aliénés ; il a suivi avec assiduité les Congrès, et s'il reconnaît que les questions scientifiques qui y sont traitées sont parmi les plus hautes et les plus actuelles de la neurologie et de la psychiatrie, il regrette que les intérêts matériels et moraux des médecins d'asiles soient trop souvent laissés dans l'ombre. Il termine en donnant un souvenir ému à la mémoire du Dr Christian, un des anciens présidents du Congrès, qui a été enlevé brusquement à l'affection des siens, il y a quelques jours à peine.

M. le professeur Prévost, après avoir remercié l'as-

©BIUM

semblée de l'honneur qu'elle lui a fait en le choisissant pour présider ses travaux, rend hommage au zèle et à l'activité des dévoués secrétaires généraux, MM. les Drs Long, Berdez et Vuilleumier, grâce auxquels l'organisation du Congrès n'a rien laissé à désirer. Il a rappelé qu'au début de ses études médicales, alors qu'il n'y avait pas encore de Faculté de médecine à Genève, il était allé demander à des maîtres de Paris l'enseignement que son pays ne pouvait alors lui donner. M. le professeur Prévost, qui est devenu un maître à son tour, a, suivant l'usage, traité devant les congressistes une question scientifique. Il a exposé les résultats de ses dernières expériences sur l'épilepsie expérimentale ; il a déterminé des convulsions épileptiformes par l'application d'un courant électrique sur le cerveau ; il résulte de ces expériences que c'est la paralysie du cœur et non l'inhibition du système nerveux qui détermine la mort chez les animaux soumis aux courants électriques, les faibles tensions de ces courants déterminent plus souvent la mort que les tensions élevées (plus de 600 volts). Les crises cloniques sont dues à l'excitation de la couche corticale du cerveau.

Quelquefois les crises toniques subsistent seules ; c'est que la paralysie du cœur a occasionné une anémie cérébrale qui a annihilé l'action de la couche corticale, d'où absence de crises de convulsions cloniques.

M. le Dr Ladame (de Genève) a clos la série des discours par une étude des plus documentées sur un médecin aliéniste genevois, Gaspard de la Rive, qu'on peut considérer à juste titre comme un des précurseurs de Pinel.

La séance de l'après-midi a été consacrée tout entière à l'exposé et à la discussion du rapport de M. le professeur Ballet : *L'Expertise médico-légale et la question de responsabilité.*

©BIUM

Le talent d'exposition de l'orateur, la facilité de son élocution élégante autant que diserte, les idées quelque peu révolutionnaires de la thèse qu'il défendait, ont constamment tenu son auditoire sous le charme. Aussi je m'en voudrais de donner de ce rapport une sèche analyse qui ne pourrait qu'en altérer la saveur ; je me bornerai donc à donner ici les conclusions que l'auteur a tirées lui-même de son remarquable travail.

« Je me suis efforcé de montrer, dit M. Ballet, que « le mot responsabilité ou n'a pas de sens, ou signifie « soit responsabilité morale, soit responsabilité sociale.

« Les questions de responsabilité morale ne regar- « dent pas le médecin : elles sont subordonnées à « l'opinion qu'on peut avoir sur le libre arbitre ou le « déterminisme, et sont par conséquent d'ordre méta- « physique, non d'ordre médical.

« Au surplus, l'article 64 du Code pénal, en vertu « duquel le médecin est invité à donner son avis, vise « un point de fait, d'ordre exclusivement médical « celui-là, non la question de responsabilité ; et c'est « arbitrairement qu'on a pris l'habitude, contrairement « à la lettre et à l'esprit de la loi, d'introduire cette « question dans les ordonnances, les jugements à fin « d'expertise ou les rapports médico-légaux.

« Cette manière de faire, dans beaucoup de cas, ne « présente pas, il est vrai, de gros inconvénients ; par « suite d'un consensus général, en effet, on est d'accord « pour oublier ce qu'en fait signifient les mots *respon-* « *sable* et *irresponsable*, et à considérer ces mots « comme simplement synonymes des mots *normal* ou « *malade*.

« Mais dans beaucoup d'autres, elle entraîne des « conséquences fâcheuses.

« Le législateur, en supposant arbitrairement qu'en « dehors des aliénés dits « irresponsables », il n'existe

©BIUM

« que des criminels punissables, contre lesquels la « société est suffisamment protégée par l'application « d'une peine proportionnée à la gravité de la faute, a « méconnu l'existence d'un nombre considérable de « délinquants, qu'on est en droit de tenir ni pour des « aliénés complètement « irresponsables », ni pour des « sains d'esprit « responsables ».

« Ce sont ces délinquants que les médecins ont pris « la fâcheuse habitude de considérer comme suscep- « tibles de « responsabilité atténuée ».

« Outre que cette expression n'a pas de signification « médicale, elle a l'inconvénient d'entraîner comme « sanction l'atténuation de la peine, la seule qu'elle « paraisse logiquement comporter.

« Or, un grand nombre de délinquants, dits à « res- « ponsabilité atténuée », sont plus dangereux, au point « de vue social, que beaucoup de criminels dits à « res- « ponsabilité complète ».

« La notion de leur nocuité qui résulte de l'examen « médical, ne peut pas, parce que médicale, être négli- « gée par le médecin-expert. Celui-ci, dès lors, ne sort « pas de ses attributions en s'efforçant de faire ressortir « devant les juges le degré de cette nocuité.

« S'il n'a pas à s'immiscer directement dans la ques- « tion d'application de la peine, il doit s'abstenir pour- « tant de se servir, dans son rapport ou sa déposition, « d'expressions, non prévues d'ailleurs par le code, qui « seraient de nature à déterminer une pénalité qui « aurait un double défaut : celui d'imprimer une « marque infamante à un délinquant qui relève de la « médecine, et celui de protéger insuffisamment la « société contre un délinquant redoutable. C'est le cas « de l'expression « responsabilité atténuée ».

« Il faut renoncer à l'employer.

« L'usage abusif et contraire à la lettre du code que

©BIUM.

« l'on fait aujourd'hui des mots « responsable », irres-
« ponsable », à « responsabilité atténuée », tient en
« partie au légitime désir qu'a le médecin-expert de
« répondre à la question posée par les juges, dans la
« forme même où elle est posée.

« Les objections que ces mots soulèvent sont valables
« pour le juge, dans ses ordonnances, aussi bien que
« pour le médecin.

« Il est désirable que médecins et juges, s'en tenant
« aux termes de l'article 64 du Code pénal, renoncent
« à les employer ».

M. Ballet sollicite la discussion et surtout la contradiction, il dit que c'est lui qui a proposé cette question, et qui s'est offert pour la traiter dans le but d'élucider ce point, très important à son avis, de savoir si le médecin-expert doit répondre aux questions de responsabilité posées par les magistrats.

M. Grasset reconnaît que la question a été admirablement posée par le professeur Ballet, et qu'elle a été résolue nettement par celui-ci, par la négative.

M. Grasset, lui, vient au contraire défendre l'opinion opposée, et soutenir que le médecin est seul qualifié pour répondre sur les questions de responsabilité, d'irresponsabilité ou de degrés de la responsabilité. En ce qui concerne la responsabilité morale, l'orateur est d'avis que le médecin ne doit pas et ne peut pas s'en occuper ; il n'en est pas de même de la responsabilité sociale ou culpabilité. L'individu est-il responsable ou irresponsable au sens médical, voilà la question que le médecin-expert doit résoudre. M. Grasset veut bien admettre que le mot responsabilité est mauvais, mais alors qu'on le remplace par un autre. La responsabilité correspond à la normalité de l'individu examiné, l'irresponsabilité à l'anormalité. M. Ballet est, lui, nettement opposé à la responsabilité atténuée ; dans le sens que

©BIUM

M. Grasset attribue à la responsabilité, rien de plus logique que d'admettre qu'il y a des degrés dans la responsabilité.

M. Grasset souhaiterait que l'article 64 du Code pénal fût modifié ; la loi pourrait spécifier qu'elle n'envisage ni la responsabilité morale ni la responsabilité sociale, mais uniquement la responsabilité médicale, et il termine en formulant des conclusions dans ce sens, qui pourraient être soumises au Congrès sous la forme d'un vœu.

M. Giraud partage l'avis de M. Ballet, que les médecins ne doivent pas dans une expertise, faire de la métaphysique. Mais le principe de la responsabilité sert de base à toutes les législations, et la jurisprudence sur la responsabilité civile des aliénés est fort intéressante à considérer. L'aliéné peut être exonéré de la responsabilité civile aussi bien que de la responsabilité pénale.

On ne fait pas de la métaphysique en donnant comme déduction du diagnostic médical que l'individu doit être considéré comme responsable ou irresponsable, et on est obligé de tirer des déductions du diagnostic médical quand on conclut au placement dans un asile d'aliénés, car l'autorité administrative demande qu'on affirme la nécessité du placement.

On doit s'attacher à la précision du diagnostic médical. On nous fait un grief de ce que certains médecins admettent plus facilement que d'autres l'existence de la folie, et cela tient non à une manière différente d'envisager la question de responsabilité, mais bien à des divergences dans le diagnostic.

M. Ballet a fait une étude très intéressante des inconvénients qui résultent de l'application de courtes peines à des délinquants dont on déclare la responsabilité atténuée. Il ne suffira pas pour faire cesser ces incon-

©BIUM

vénients que les experts cessent de prononcer le mot de responsabilité, et il faut provoquer une réforme dans la législation. L'expert peut, sans inconvénient, prononcer le mot responsable ou irresponsable, pourvu qu'il s'attache à la précision du diagnostic, et que ses déclarations sur la responsabilité ne soient que le corollaire de son diagnostic médical.

M. Francotte est un tenant du libre arbitre, mais il est d'avis que la question de responsabilité ne doit pas être posée à l'expert. Le Code pénal belge, pas plus que le Code pénal français, ne parle pas de responsabilité, mais l'expert peut être consulté sur ce que M. Francotte propose d'appeler la *punissabilité*; on peut reconnaître aussi des degrés dans la punissabilité, et d'ailleurs, pourquoi l'aliéniste resterait-il étranger à cette question de responsabilité, alors qu'elle se pose à chaque instant dans la vie pour le chef à l'égard de ses soldats, pour le père de famille à l'égard de ses enfants, pour l'instituteur à l'égard de ses élèves?

En ce qui concerne la responsabilité atténuée, M. Francotte est d'avis que l'atténuation peut être déclarée forte ou faible. L'orateur conclut en déclarant que pour sa part, malgré la haute compétence de M. le professeur Ballet, il persistera dans ses errements, parce que la société doit se défendre et user des armes qu'elle a entre les mains jusqu'à ce qu'on lui en fournisse de meilleures.

M. le professeur Joffroy, en écoutant M. Ballet se disait : « Il a raison »; puis, lorsqu'il a entendu M. Grasset, il pense que celui-ci était, lui aussi, dans le vrai. La divergence entre ces deux orateurs ne porte que sur le mot responsabilité, qui est mauvais. M. Joffroy le reconnaît; il n'y a, dans le débat actuel, qu'une simple question de mot. Ce que les magistrats demandent aux médecins en présence d'un inculpé, c'est

©BIUM

de leur dire si celui-ci est malade ou bien portant ; s'il est malade, les médecins réclameront cet homme ; s'il est bien portant, ils diront à la justice : Nous vous le livrons. M. Joffroy termine en attirant l'attention sur la difficulté que peut présenter la question de responsabilité au début de la démence précoce.

Il cite l'observation d'un malade de son service qui, jusqu'à l'âge de quinze ans, a eu une enfance normale ; à partir de cet âge, son caractère subit des modifications : il devient irascible, indocile, se met à fréquenter de mauvais camarades ; bientôt il est condamné à plusieurs reprises pour différents délits et, en particulier, pour des vols ; c'est à la suite d'une accusation de ce genre, pour un vol dont il était innocent, qu'il s'est mis à délirer, à présenter de l'agitation, des hallucinations de la vue et de l'ouïe. C'est alors qu'il fut placé en observation dans le service de M. Joffroy ; il présenta ensuite de la catatonie, et le diagnostic de démence précoce fut nettement établi.

M. Joffroy insiste sur les difficultés qu'aurait présentées la question de responsabilité pour l'expert au moment où le malade n'offrait que des modifications de caractère et où il s'est rendu coupable de vols ; il y a donc une période prémonitoire de la démence précoce, dans laquelle le diagnostic médico-légal est particulièrement difficile.

M. Régis pense, comme MM. Joffroy et Grasset, que la divergence entre M. Ballet et ses contradicteurs ne porte que sur le mot de responsabilité. L'orateur ne pense pas, comme le voudrait M. Ballet, que le rôle de l'expert doive se borner à formuler un diagnostic, il faut qu'il tire les conclusions médico-légales de son examen.

Dans les accidents du travail, l'expert ne doit pas se contenter de déterminer la nature de l'accident, mais

©BIUM

il doit encore préciser la capacité de travail laissée par l'accident à la victime.

M. Régis, pour son compte, ne fait aucune difficulté pour répondre aux magistrats dans les mêmes termes que ceux qui ont été employés dans les questions posées. Le mot responsabilité n'a plus d'ailleurs la portée philosophique que lui attribue M. Ballet; c'est, si l'on veut, l'imputabilité, la capacité criminelle, la punissabilité; qu'on remplace le mot responsabilité, M. Régis est tout prêt à se rallier au terme qui sera proposé, mais il reste convaincu que l'expert doit faire connaître lui-même les conséquences médico-légales de son diagnostic.

M. Bar (de Genève) parle simplement en médecin; il n'est ni psychiatre, ni médecin-légiste, mais, à son avis, M. Ballet a cent fois raison de ne pas accepter le mot de responsabilité. Quant à la responsabilité atténuée, elle correspond dans la pratique, qu'on le veuille ou non, à une atténuation de la peine. Il y a là, au point de vue social, un danger. Pour l'orateur, les individus dont on déclare la responsabilité atténuée devraient subir une aggravation de peine, parce qu'ils sont plus dangereux que les autres individus et surtout parce qu'ils sont moins influencés par la crainte de la peine. Dans tous les cas, il n'appartient pas au médecin de se prononcer sur les questions de responsabilité; ce mot pourrait être remplacé par celui de discernement.

M. Bernheim est d'avis que l'expert ne peut pas refuser de répondre quand le juge lui pose la question de responsabilité ; mais s'il s'agissait de ces impulsifs qui, sous l'influence d'une émotion vive, d'un moment de rage, commettent un crime, et que la question lui fût posée de savoir si un tel individu, au moment où il a commis ce crime, était en état de résister à cet acte, il répondrait : « Je n'en sais rien » ; personne, en effet, ne peut le savoir. Il vaut mieux ne pas poser au médecin

©BIUM

la question de responsabilité ; mais, dans un intérêt de prophylaxie sociale, la société doit se défendre et punir même ces irresponsables.

M. Pâris estime qu'au point de vue rigoureusement médical, l'expert peut se prononcer sur les questions de responsabilité.

M. Vallon a toujours employé le mot de responsabilité dans le sens de responsabilité pénale, et il ne voit pas la nécessité de le changer ; dans tous les cas, ce n'est pas par le mot de discernement qu'il le remplacerait. Quant à la responsabilité atténuée, l'orateur s'étonne qu'on veuille la supprimer ; la loi admet les circonstances atténuantes, et le médecin n'est-il pas l'homme tout désigné pour déterminer ces atténuations.

M. Dupré est d'avis, comme M. Ballet, que la question de responsabilité n'est pas d'ordre médical ; l'expert doit seulement fixer le degré de faillibilité de l'accusé.

La discussion étant close, M. le professeur Ballet a soumis à l'approbation du Congrès le vœu suivant, qui a été adopté plus tard dans la séance du lundi 5 août, à l'asile de Céry.

« Le Congrès des aliénistes et neurologistes de « France et des pays de langue française, réuni à « Genève et à Lausanne, considérant :

« 1° Que l'article 64 du Code pénal (français), en « vertu duquel les experts sont commis pour examiner « les délinquants ou inculpés suspectés de troubles « mentaux, dit simplement qu'il n'y a ni crime, ni « délit lorsque le prévenu était en état de démence au « temps de l'action ; que le mot de responsabilité n'y « est pas écrit ;

« 2° Que les questions de responsabilité, qu'il s'agisse « de la responsabilité morale ou de la responsabilité

©BIUM

« sociale, sont d'ordre métaphysique ou juridique, non « d'ordre médical ;

« 3° Que le médecin, seul compétent pour se pro- « noncer sur la réalité et la nature des troubles men- « taux chez les inculpés, et sur le rôle que ces troubles « ont pu jouer sur les déterminations et les actes des- « dits inculpés, n'a pas à connaître de ces questions.

« Emet le vœu :

« Que les magistrats, dans leurs ordonnances, leurs « jugements ou leurs arrêts, s'en tiennent au texte de « l'article 64 du Code pénal et ne demandent pas au « médecin expert de résoudre lesdites questions qui « excèdent sa compétence. »

La journée du 1er août s'est terminée par une ravissante promenade sur le lac Léman, à bord d'un bateau-salon, qui nous a permis d'admirer, pendant les dernières heures du jour, les rives si pittoresques du plus beau lac de la Suisse. Un repas, collation d'après le programme, véritable et copieux dîner de l'avis de tous, nous était offert sur le bateau par le professeur Prévost, président du Congrès, et par le Dr Long, secrétaire général. Nous avions l'heur de voir la première journée de notre Congrès coïncider avec la fête nationale de la Suisse ; aussi, après le dîner, alors que la nuit était tombée, nous pûmes admirer de notre bateau les rives du lac brillamment éclairées : illuminations, pièces d'artifices, tous ces feux multicolores se reflétant dans les eaux du lac, offraient aux regards un spectacle féerique.

La matinée du lendemain a été consacrée à la visite de l'asile de Bel-Air, à Chêne-Bourg, où devait avoir lieu une séance de communications diverses. Bien nommé, l'asile de Bel-Air est dans une situation des plus pittoresques ; il est affecté aux deux sexes. Grâce à M. le Dr Papadaki, privat-docent de l'Université de

©BIUM

Genève, et ancien médecin de l'asile, j'ai pu visiter celui-ci dans tous ses détails, et son aménagement intérieur, des plus modernes, répond à l'aspect riant de son extérieur.

M. le professeur Weber, directeur-médecin de l'asile de Bel-Air, dans une causerie, nous a donné des détails intéressants sur l'établissement qu'il dirige, parmi lesquels je tiens à signaler celui-ci : le prix de revient de journée d'un malade est de 3 francs, et l'État de Genève comble, sans marchander, le déficit annuel, qui varie de 200.000 à 230.000 francs.

Après la visite a eu lieu la séance de communications ; j'aurais voulu pouvoir m'étendre sur ces diverses communications qui furent des plus intéressantes, mais je craindrais de dépasser les limites assignées à cette simple chronique, et je me contenterai de les énumérer.

On a entendu M. Arnaud : *Psychasthénie et délire* ;

M. Bernard Leroy : *Escroqueries prolongées pendant plusieurs mois à la faveur de manœuvres hypnotiques pratiquées sur des victimes* ;

M. Bernard Leroy : *Kleptomanie chez une hystérique ayant présenté à différentes époques de son existence des impulsions systématisées de différentes natures* ;

MM. Henri Français et Gustave Darcaime : *Sur les psychoses d'origine cardiaque* ;

M. Mézie, d'Amiens : *Anxiété, morphine et démence* ;

M. Yanniris : *Paralysie générale et folie alcoolique en Grèce* ;

MM. Dupré et Camus : *Les Cénesthopathies.*

A l'issue de la séance, les congressistes se sont rendus en voiture à Chêne-Bourg où un déjeuner leur était offert au restaurant Pellet, par le Conseil d'État du canton de Genève. A l'issue de ce repas, qui fut des plus gais, des toasts furent portés par M. Besson, conseiller d'État, par MM. les professeurs Joffroy et Bard.

©BIUM

Un tramway spécial ramena les congressistes au palais de l'Université, où la parole fut donnée à M. Antheaume pour l'exposé de son rapport, *les Psychoses périodiques*.

Travail copieux, nourri de documents bibliographiques en très grand nombre, le rapport de M. Antheaume a dû nécessiter un considérable labeur, et constitue dans son ensemble une étude très complète de la question encore controversée des psychoses périodiques.

Dans la première partie de son travail, l'auteur envisage la périodicité comme une loi qui préside non seulement aux fonctions psychiques, mais encore aux fonctions somatiques et physiologiques. Les anciens qui en avaient constaté sans peine l'existence dans la production du flux menstruel, la signalèrent ensuite dans les manifestations comitiales et vésaniques ; ils firent dépendre cette loi de l'influence de la lune et le terme de lunatiques, encore employé en Angleterre pour désigner tous les aliénés, est comme un témoignage de cette loi de périodicité admise par les anciens. Les auteurs modernes l'ont recherchée et constatée dans la température du corps humain (Pailhas), dans les rêves (Vaschide et Vurpas), dans les troubles psychiques, enfin.

« L'excitation et la dépression, par exemple, dit M. Antheaume, se rencontrent partout et toujours chez l'homme sain comme chez l'homme malade. Nous sommes, sous ce rapport, en une perpétuelle oscillation. »

Mais si ces phénomènes d'excitation et de dépression apparaissent avec des oscillations ordonnées, s'ils se reproduisent à dates, sinon fixes, du moins approximativement régulières, s'ils ne sont accompagnés d'aucun autre phénomène morbide saillant, s'ils sont la façon d'être pathologique de tel ou tel individu, s'ils ne se transforment jamais en un autre symptôme, ou en un

©BIUM

syndrome, peut-être sera-t-on en droit de considérer qu'ils caractérisent une forme de troubles, digne d'être détachée de toute autre. »

Le professeur Ballet définit ainsi les psychoses périodiques : « Des accès de manie ou de mélancolie, tantôt isolés, tantôt conjugués, se reproduisant à intervalles plus ou moins éloignés, souvent un très grand nombre de fois durant la vie des malades. »

Depuis Hippocrate jusqu'à Baillarger qui eut le mérite d'isoler *la folie à double forme*, nombreux furent les auteurs qui signalèrent les faits d'alternance de mélancolie et de manie, et M. Antheaume renvoie pour l'étude historique de cette affection à la monographie classique de Ritti.

Quelques jours après la lecture du mémoire de Baillarger à l'Académie de médecine, Falret décrivit *la folie circulaire* qui ne se différenciait par rien d'essentiel de la folie à double forme de Baillarger. La nouvelle entité morbide vésanique fut acceptée par la majorité des aliénistes, qui lui donnèrent, par la suite, des appellations diverses : *folie à double forme*, *à forme alterne*, *intermittente*, *alternante*.

En 1890, Magnan, synthétisant les variétés cliniques des psychoses périodiques, propose de les désigner sous le nom de folie intermittente, et en donne la définition suivante : « La folie intermittente est une espèce pathologique se traduisant par la répétition chez un sujet, à prédisposition latente, jusque là sain d'esprit, d'accès maniaques ou mélancoliques, isolés ou combinés de diverses manières, mais présentant toujours une évolution, une marche et des caractères communs qui les réunissent et les distinguent de toutes les autres sortes de folies. »

En 1899, Kraepelin dont la classification des maladies mentales eut un grand retentissement, ne considé-

©BIUM

rant plus la mélancolie et la manie comme des entités pathologiques, les rattache à la folie périodique pour laquelle il propose le terme de *folie maniaque dépressive*.

Dans le chapitre III de son travail, M. Antheaume étudie séparément, pour les comparer ensuite : 1° la conception française des psychoses périodiques ; 2° la conception synthétique de Kraepelin ou folie maniaque dépressive.

Conception française des psychoses périodiques : L'hérédité est à la base de toutes les folies périodiques ; elle est même souvent similaire, alors que les tares héréditaires manqueraient ou seraient légères chez les maniaques et chez les mélancoliques simples. L'École française est absolument d'accord sur ce point.

On retrouve la même unanimité en ce qui concerne l'âge d'éclosion de la folie périodique ; c'est entre vingt-cinq et trente-cinq ans qu'elle apparaît, le plus souvent, sans causes occasionnelles appréciables. Un point qui n'est pas discuté, c'est la fréquence plus grande de la folie périodique chez la femme.

Mais comment distinguer l'accès maniaque ou mélancolique de la folie périodique d'un accès de manie ou de mélancolie simple ? « Pris isolément, il est impossible de les distinguer », dit Régis.

Tout en insistant sur la soudaineté avec laquelle éclate le plus souvent l'accès périodique, M. Antheaume parle de ce *signal symptôme*, de cette sorte d'*aura* qui se manifesterait toujours d'une façon identique au début d'un accès.

En outre, la plupart des cliniciens admettent que les malades étant relativement *lucides* et suffisamment orientés, les symptômes de la manie et de la mélancolie sont relativement atténués ; comme le dit Ritti, il n'y a pas de délire intellectuel défini. C'est ce qui

©BIUM

explique que le malade peut souvent continuer à vivre au milieu des siens, sans être interné dans un asile d'aliénés.

Un caractère qui est particulièrement topique, c'est la malveillance de ces malades à l'égard de leur entourage ; médecins, infirmiers, etc., la tendance qu'ils ont à s'affubler d'oripeaux étranges, à collectionner les objets les plus disparates.

Le mode d'évolution des accès est très caractéristique. Les accès isolés, dit M. Antheaume, affectent une périodicité plus ou moins régulière et généralement sont identiques entre eux ; les accès conjugués s'associent selon divers modes qui permettent de décrire la *folie à double forme*, la *folie circulaire*, la *folie alterne*. Entre les accès, les auteurs français admettent généralement un *intervalle lucide*, au sens strict du mot. Cependant au fur et à mesure que la maladie progresse, l'intervalle lucide devient de plus en plus court.

L'auteur passe ensuite à l'étude de la doctrine allemande des psychoses périodiques.

Avec Kraepelin disparaît la conception des mélancolies et des manies essentielles ; elle est remplacée par ce que l'auteur allemand appelle la *psychose maniaque dépressive*. La mélancolie et la manie ne sont même plus des états contraires ; elles sont « des états homologues caractérisés l'un et l'autre par la diminution de l'attention volontaire, le ralentissement de l'association des idées, l'insuffisance des perceptions et l'indifférence émotionnelle ».

Pour Kraepelin, la mélancolie et la manie dites simples récidivent toujours, soit sous la forme d'accès maniaque, soit sous la forme d'accès mélancolique ; en outre les accès ne sont jamais uniquement maniaques ou mélancoliques, il y a mélange intime de ces deux états, c'est ce que Kraepelin a désigné sous le nom d'états

©BIUM

mixtes ; ceux-ci se présentent sous six aspects différents que le psychiatre allemand a désignés sous les noms suivants : manie coléreuse ; manie dépressive ; manie improductive ; stupeur maniaque ; dépression avec fuite des idées ; inhibition maniaque.

Comme pour la folie périodique, Kraepelin note la fréquence plus grande de la psychose maniaque dépressive chez la femme. Cette fréquence serait aussi beaucoup plus marquée que celle attribuée à la folie périodique par les Français ; Deny et Camus donnent le chiffre de 17,5 p. 100.

L'hérédité se retrouverait dans 80 à 90 p. 100 des cas.

La psychose maniaque dépressive apparaîtrait avant vingt-cinq ans dans les deux tiers des cas, par conséquent à une date beaucoup plus rapprochée de la naissance que celle indiquée par les auteurs français pour la folie périodique.

Contrairement à l'opinion énoncée par les aliénistes français, en particulier par Baillarger, Magnan, qui ont conclu à l'existence d'intervalles lucides entre les accès de la folie périodique, les psychiatres allemands soutiennent qu'il n'y a point d'état mental parfait à aucun moment de la vie d'un maniaque dépressif.

Auteurs allemands et auteurs français, par contre, s'accordent pour affirmer que la folie maniaque dépressive n'évolue jamais vers la démence, s'il ne survient pas de complications ; parmi celles-ci l'artério-sclérose serait la plus fréquente.

En ce qui concerne le diagnostic, il devra surtout être fait avec les états de dépression et d'excitation de la démence précoce ; il est ici d'une nature particulièrement délicate.

Le pronostic se résume en la formule paradoxale : « Les accès passent, mais la maladie reste. »

©BIUM

La pathogénie de cette affection est encore problématique, le traitement est celui des symptômes.

Envisagée au point de vue médico-légal, la folie périodique soulève des difficultés très grandes : comme le fait justement remarquer Falret fils : « La médecine légale de cette affection sera toujours l'une des plus difficiles de la pathologie mentale, à cause des fréquentes variations d'état chez le même individu d'un moment à l'autre, à cause des intervalles lucides plus ou moins complets ou plus ou moins prolongés, à cause de la difficulté de distinguer l'intervalle lucide vrai de la simple rémission et surtout à cause du séjour habituel de ces malades dans le monde et dans la famille et non dans les asiles d'aliénés. »

La discussion a alors été ouverte.

M. Régis dit que la question qui vient d'être exposée lui paraît être la plus importante de celles qui ont été mises jusqu'ici à l'ordre du jour de nos Congrès, car, si la conception de Kraepelin était adoptée, elle ne tendrait à rien moins qu'à bouleverser de fond en comble toute la psychiatrie.

La théorie de Kraepelin ne répond en rien à la réalité des faits, et M. Régis s'efforcera de démontrer qu'elle n'est pas acceptable. L'orateur passe en revue les principaux points de cette théorie.

L'intermittence n'existe pas, pour Kraepelin; il n'y a pas entre les accès d'intervalle véritablement lucide. M. Régis tout en admettant cette opinion pour quelques cas exceptionnels, la rejette pour la majorité des cas, et il montre un graphique des accès d'une malade atteinte de psychose périodique qu'il a pu observer pendant de nombreuses années et qui a présenté de longues périodes de lucidité.

Tous les cas de mélancolie et de manie récidivent, dit Kraepelin; mais l'auteur allemand n'apporte pas de

©BIUM

documents à l'appui de ses dires. M. Régis, lui, est en possession de documents qui viennent à l'encontre de l'opinion de Kraepelin; ces documents portent sur une période de vingt-cinq années, ils concernent des malades qui ont été suivis par le Dr Régis et le Dr Lalanne.

Sur 181 malades mélancoliques ou maniaques, il y a 48 maniaques qui n'ont jamais eu d'accès antérieurs ou postérieurs, 86 mélancoliques simples qui remplissent les mêmes conditions, enfin 47 cas de manies ou mélancolies récidivantes. Donc, il n'est pas exact de dire que la mélancolie ou la manie récidivent toujours.

Il cite l'opinion de Silvo Ricca qui conclut que les conceptions de l'école Kraepelinienne ne résistent pas aux faits.

Kraepelin complique encore à plaisir sa conception de la folie maniaque dépressive par la trouvaille des états mixtes. Quel chaos ! dit Régis, était-il bien nécessaire de quitter la lumière pour entrer dans cette obscurité?

Le point de la théorie de Kraepelin qui paraît à M. Régis le plus paradoxal est que l'auteur assigne à la manie et à la mélancolie une même origine, et soutient qu'elles résulteraient toutes deux d'une inhibition psychique. Sans doute, ces deux affections reposent sur un même fonds pathologique, mais il y a contraste évident dans leurs manières d'être : température, pouls, respiration.

La manie et la mélancolie sont bien l'expression de deux états opposés, ajoute M. Régis ; et il demande aux partisans de la psychose maniaque dépressive, qu'ils réfléchissent bien avant d'adopter les théories de Kraepelin ; ces théories pourraient éprouver des revers : le psychiatre allemand ne vient-il pas d'abandonner sa propre conception de la mélancolie d'involution, pour la faire rentrer dans la psychose maniaque dépressive.

©BIUM

M. le professeur Ballet tient à dire qu'il n'est pas un orthodoxe des théories kraepeliniennes, mais il demande à M. Régis de ne pas trop se cantonner dans les idées anciennes. M. Ballet reproche à la dénomination de folie maniaque dépressive d'être inélégante et mal faite. Il dit en passant qu'il faudrait rayer du langage psychiatrique le mot de folie ; c'est un mot à l'usage des gens du monde et qui n'a pas de sens scientifique. Pourquoi ne pas employer le mot de psychose qui, dans les formes atténuées où l'internement n'est pas nécessaire, aurait l'avantage de ne pas effrayer l'entourage du malade? M. Ballet est d'avis que l'épithète qui convient à cette forme de psychose est celle de périodique, car la périodicité est son caractère constant.

Il a été surpris de la statistique apportée par M. Régis, qui met en relief tant de cas de manie et de mélancolie simples ; pour lui, il pense que s'il y a des cas de mélancolie qui ne rentrent pas dans la psychose périodique, il les considère comme tout à fait exceptionnels.

Quant aux intermittences de la psychose périodique, M. Ballet est porté à les admettre, mais avec toutes sortes de réserves, car ces intermittences supposent, en effet, un retour complet à la raison ; or, rien n'est plus difficile à démontrer que ce retour à la normale.

M. Vallon, dans cette discussion, ne veut qu'insister sur les formes légères de la psychose périodique, qui sont beaucoup moins rares qu'on ne le croit généralement et qui nécessitent très rarement l'internement dans un asile. Les prodromes de l'accès sont presque toujours invariablement les mêmes, et l'orateur cite, à l'appui de ses dires, plusieurs exemples topiques. Quand l'accès change de forme, quand il n'est plus semblable aux accès précédents, c'est un signe très probant que la psychose périodique va passer au type continu.

La question des psychoses périodiques semble, à

M. Pailhas, subordonnée à l'existence d'une loi de périodicité étendue à la plupart des phénomènes cosmiques. Dans l'application de cette loi à la biologie, et spécialement à l'étude des phénomènes intéressant le fonctionnement de l'axe cérébro-spinal de l'homme, on se rend compte : 1° que le fait périodique dérive de l'automatisme ; 2° que dans l'ordre des fonctions psychiques, plus l'automatisme intervient et domine, plus la périodicité tend à se produire ; 3° que, par suite, la périodicité et la raison sont en antagonisme et tendent à s'exclure dans la mesure ou l'un et l'autre prévaut du psychisme automatique et du psychisme conscient. C'est là qu'il faut, semble-t-il, rechercher l'origine et la condition essentielles des différents processifs périodiques observés en pathologie mentale.

M. Dupré a ensuite parlé de l'influence exercée sur le génie de deux célèbres musiciens, Schumann et Hugo Wolff, par des accès de la psychose périodique.

Schumann, au cours de sa vie, a traversé six grandes périodes de mélancolie, coupées de périodes égales de surexcitation intellectuelle ; c'est au cours de ces dernières périodes que son génie musical s'est surtout manifesté. Vers la fin de sa vie, son activité intellectuelle fut très diminuée ; il eut des hallucinations, fit une tentative de suicide et mourut d'une encéphalopathie mal déterminée.

Quant à Hugo Wolff, de l'âge de vingt-sept ans à quarante ans, il eut quatre grandes crises d'excitation, au cours desquelles il composa des centaines de lieder ; dans l'intervalle des crises, il ne produisit rien. Hugo Wolff est mort de paralysie générale.

Samedi matin, 3 août, une séance de communication a eu lieu à l'amphithéâtre de zoologie de l'Université, sous la présidence de M. le professeur Déjerine.

MM. les Drs Prévost et Battelli, reproduisant pour

©BIUM

les congressistes leurs intéressantes expériences relatives à l'épilepsie expérimentale, ont appliqué des courants électriques sur plusieurs animaux : chiens, lapins, grenouilles, couleuvres.

Chez le chien pris comme type, l'application d'un courant alternatif de 70 à 110 volts provoque une crise épileptiforme offrant :

1° Une phase tonique de quinze à vingt secondes ;

2° Une phase clonique de dix à cinquante secondes ;

3° Une phase d'affaiblissement ;

4° Une phase d'agitation et de colère plus ou moins longue.

La phase clonique est due à l'excitation de la zone corticale motrice.

MM. Prévost et Battelli ont ensuite démontré que, dans les accidents causés par les courants électriques, la mort n'était pas due à l'inhibition du système nerveux, mais à l'arrêt du cœur.

Puis, nous avons entendu deux communications de M^lle^ Robinovitch sur la pression sanguine dans les états épileptiques et sur les moyens de rappeler à la vie les animaux électrocutés.

M. Long a présenté une série de très intéressantes projections de coupes d'une moelle épinière pour servir de contribution à l'étude anatomo-clinique du tabes dorsalis. MM. Long et Wicki nous ont montré ensuite en projection des coupes sériées d'un cas d'agénésie cérébrale par transformation kystique du cerveau pendant la vie intra-utérine.

Nous avons ensuite entendu les communications suivantes :

M. Anglade : *Méningo-corticalite diffuse dans la paralysie générale* ;

M. Ladame fils : *A propos de la syphilis cérébrale diffuse* ;

©BIUM

MM. Italo Rossi et Gustave Roussy : *Contribution anatomo-pathologique à l'étude des localisations motrices corticales. A propos de trois cas de sclérose latérale amyotrophique avec dégénération de la voie pyramidale suivie au Marchi de la moelle au cortex.*

La séance terminée, les congressistes se sont rendus à l'hôtel Beau-Séjour, où ils visitèrent l'établissement hydrothérapique des mieux ménagés ; la Société des hôtels et bains de Champel nous offrait un déjeuner par petites tables, servi sur un splendide terrasse ombragée par des arbres séculaires. Des toasts furent portés par M. Cullerre, vice-président du Congrès, qui remercia la Société des bains de Champel de sa luxueuse réception, et par M. Boveyron, conseiller administratif, qui lui répondit en excellents termes et fit l'éloge de la France.

A 2 heures, les congressistes étaient de nouveau réunis en assemblée générale au palais de l'Université, sous la présidence de M. Cullerre, vice-président.

Les comptes du dernier Congrès de Lille ont été approuvés, et une communication a été faite d'une invitation de M. Samuel Garnier, directeur-médecin de l'asile de la Côte-d'Or, de tenir le Congrès de 1908 à Dijon. Cette proposition a rallié tous les suffrages.

L'assemblée a ensuite désigné M. le Dr Vallon comme vice-président pour l'année 1908, lequel deviendra de droit président en 1909.

Ont été désignés pour le prochain Congrès :

Président : M. Cullerre ;

Secrétaire général : M. Samuel Garnier.

Les questions proposées ont été les suivantes :

1e Les troubles mentaux par fonctionnement anormal des glandes à sécrétion interne. (Rapporteur, M. Laignel-Lavastine.)

©BIUM

2° Diagnostic et formes cliniques des névralgies. (Rapporteur, M. Berger.)

3° Assistance des enfants anormaux. (Rapporteur, M. Charon.)

Le président a pris ensuite la parole pour remercier M. le professeur Weber de la façon si aimable avec laquelle il a reçu et fait visiter aux congressistes l'asile de Bel-Air. Il a rendu hommage au zèle et au dévouement de M. le professeur Prévost et M. le Dr Long, grâce auxquels nous devons la parfaite organisation du Congrès, ainsi que les charmantes promenades et les merveilleuses réceptions offertes aux congressistes.

Le Congrès s'est ensuite divisé en deux sections, l'une pour entendre les communications se rapportant à la psychiatrie, l'autre ayant trait à la neurologie.

Dans la section de psychiatrie, présidée par M. Drouineau, M. Régis a lu une très intéressante étude sur la phase de présénilité chez Jean-Jacques Rousseau.

On a entendu ensuite les communications suivantes :

Mlle Robinovitch : *La genèse du génie* ;

MM. Mercier et Belletrud : *Abolition des illusions du goût par l'emploi local de l'acide gymnémique* ;

MM. Taty et Chaumier : *Un cas de confusion mentale chez un achondroplase avec glycosurie et acétonurie transitoires. Traitement par l'iodoltyrine* ;

MM. Antheaume et Roger Mignot : *Néphrite cantharidienne et délire toxialcoolique tardif.*

Dans la section de neurologie, présidée par M. Crocq, ont été faites les communications suivantes :

M. Bernheim : *Conception du tabès* ;

M. Étienne : *Les cellules des cornes antérieures dans les arthropathies nerveuses. Ataxie oculo-motrice d'origine labyrinthique dans le tabès. Ecchymoses spontanées zoniformes* ;

M. Royet : *Neurasthénie et maladie du rhinopharynx* ;

©BIUM

M. Hartenberg : *Psychothérapie dans la neurasthénie* ;

MM. Léopold Lévy et H. de Rothschild : *Nervosisme thyroïdien* ;

MM. Sicard et Bauer : *Effets des rayons X sur la moelle et le cerveau après laminectomie et craniectomie chez le chien* ;

M. Hirschberg : *Revue critique de la thérapeutique du tabès dorsalis* ;

M. Faure : *Mobilisation précoce et mobilisation méthodique d'un hémiplégique. Tabès, tuberculose et traitement mercuriel.*

A l'issue de la séance de communications, un groupe de médecins aliénistes s'est réuni dans une des salles de l'Université pour arrêter les bases d'une Association entre les médecins des asiles publics, des quartiers d'hospice et des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics.

Cette association déjà ébauchée en 1895 a été constituée sous le nom d'Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés, et ses statuts ont été élaborés.

Ont été nommés :

Président de l'Association : M. Giraud ;

Vice-président : M. Vallon.

Secrétaire-trésorier : M. Antheaume.

Le lendemain dimanche était un jour de congé pour les congressistes qui se sont rendus les uns à Evian, les autres à Divonne.

Un groupe nombreux de congressistes s'est embarqué pour Evian sur un bateau spécial et arrivés à destination, ils ont pu visiter sous la conduite des médecins de l'établissement les installations si parfaites d'hydrothérapie et d'électrothérapie de cette luxueuse station.

Chacun, après avoir suivi avec grand intérêt tous les

©BIUM

détails de la manutention et de la mise en bouteilles de l'eau de la source Cachat, a tenu à en déguster un verre.

Un déjeuner des plus parfaits, offert par l'administration du splendide Hôtel, réunissait les congressistes, et des toasts furent portés par le président du Conseil d'administration, par M. Bordet, président du syndicat des médecins d'Evian, par M. le professeur Joffroy et par M. le professeur Bard. A l'issue du déjeuner, on s'embarquait de nouveau sur le bateau spécial pour faire une charmante promenade sur le haut Lac.

Un autre groupe de membres du Congrès avait répondu à l'invitation adressée par le grand établissement hydrothérapique de Divonne. Un train spécial attendait les invités à la gare de Nyon. Les administrateurs ont fait les honneurs du parc avec ses eaux courantes, et de l'établissement ; un déjeuner était offert dans une grande galerie ayant le Mont Blanc comme fond de tableau. Journée agréable et reposante ; le retour avait été combiné pour permettre à ceux qui rentraient à Genève, de s'arrêter au château de Coppet, dont M^me^ la comtesse d'Haussonville avait autorisé la visite, et recevait elle-même les congressistes. De Coppet, on gagnait Genève par le bateau à vapeur.

La séance du 5 août a eu lieu à Lausanne, dans un vaste amphithéâtre du splendide palais de Rumine, sous la présidence du professeur Raymond, en présence d'un très nombreux auditoire ; elle a été consacrée à la discussion des rapports de MM. Claude et Schnyder sur la définition et la nature de l'hystérie.

Le D^r^ Morax, chef du service sanitaire du canton de Vaud, a souhaité la bienvenue aux congressistes au nom des médecins Vaudois.

La parole a été ensuite donnée à M. Claude.

M. Claude se défend d'apporter des documents déci-

©BIUM

sifs sur la question de l'hystérie qu'on peut considérer comme étant encore à l'étude ; son rôle se bornera à choisir et à mettre en lumière les acquisitions récentes de la science sur le terrain de l'hystérie. Le débat qui va s'ouvrir aura l'avantage de mettre les opinions en présence et de leur conflit naîtra, l'orateur l'espère, la formule qui permettra de délimiter le cadre des accidents hystériques.

Il est indispensable d'abord, en étudiant l'hystérie, de se mettre en garde contre la simulation. Un des attributs essentiels de cette affection étant le développement excessif de la suggestibilité, il est, en effet, nécessaire que l'observateur écarte certains symptômes ou stigmates que MM. Bernheim et Babinski considèrent avec raison comme artificiels et qui, jusqu'ici, avaient paru fondamentaux et inhérents à l'état hystérique.

Les manifestations de l'hystérie sont innombrables, aussi convient-il d'en restreindre les limites. Or, il faut reconnaître que la confusion est extrême dans le dénombrement des diverses catégories de troubles hystériques ; cependant, leur conception est résumée très complètement dans les propositions suivantes du professeur Pitres :

« L'hystérie est un vocable abstrait, par lequel on « désigne non pas une entité pathologique à physiono- « mie distincte et uniforme, mais une foule d'accidents « nerveux en apparence très différents les uns des « autres, bien qu'ils appartiennent à une seule et même « famille naturelle. Leurs caractères communs sont les « suivants :

« 1° Ils sont la conséquence de troubles fonctionnels du système nerveux ;

« 2° Ils subissent de brusques modifications, sont provoqués ou supprimés par des influences psychiques ou des causes physiques qui n'ont aucune action sur les

©BIUM

accidents nerveux similaires dépendant de lésions organiques ;

« 3° Ils sontt rès rarement isolés, et certains stigmates latents coexistent avec les manifestations éclatantes de la névrose ;

« 4° Leur évolution n'est pas régulière ; ils surviennent sans ordre préétabli, et se succèdent sous différentes formes et à différentes époques chez les mêmes sujets ;

« 5° Malgré leur gravité apparente, ces accidents n'ont pas le retentissement profond sur l'état physique ou mental qu'auraient les accidents similaires organiques. »

C'est là une excellente définition clinique, dit M. Claude, qui résume les principaux caractères des accidents hystériques sans préjuger de la nature de ceux-ci.

Depuis 1883, M. Bernheim, par ses travaux remarquables, a apporté une importante contribution à la question qui est à l'ordre du jour du Congrès. Dans un travail récent, le savant professeur de Nancy considère l'hystérie comme représentée uniquement, au point de vue symptomatique, par la crise d'origine émotive et d'allure impressionnante : « Le critérium de la nature de celle-ci est d'être reproduite par suggestion, parce que le sujet présente une sorte d'état *d'hystérabilité*, *une véritable diathèse hystérique*. »

On pourrait reprocher à M. Bernheim, dit M. Claude, d'avoir singulièrement restreint l'acception du terme hystérie. M. Babinski, lui, ne peut encourir le même grief dans sa dernière conception de cette névrose qu'il a résumée ainsi :

« L'hystérie est un état psychique spécial qui se manifeste principalement par des troubles qu'on peut appeler primitifs et accessoirement par des troubles secondaires. Ce qui caractérise les troubles primitifs,

©BIUM

c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez certains sujets, avec une exactitude rigoureuse, et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

« Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à ces troubles primitifs. »

Pour M. Claude, la conception de M. Babinski, tout en contenant une grande part de vérité est encore trop limitative, et ne répond pas à l'ensemble des modalités cliniques des phénomènes hystériques.

Au point de vue des lésions anatomo-pathologiq nes de l'hystérie, nos connaissances sont des plus limitées et leur nature reste ignorée. Les faits signalés dans son rapport par M. Claude, il en convient, n'ont qu'une importance relative ; mais pour lui, il y aurait à l'origine de l'hystérie une épine organique qui suffirait pour mettre en mouvement un appareil symptomatique hors de proportion avec l'élément causal.

En ce qui concerne les troubles de la nutrition chez les hystériques, les recherches auxquelles l'auteur s'est livré l'ont amené à constater que la nutrition n'était pas ralentie, comme certains auteurs l'ont affirmé ; mais ce qui paraît caractériser surtout l'hystérie, comme l'épilepsie d'ailleurs, c'est la variabilité excessive du coefficient azoturique.

Les constatations anatomiques et biologico-chimiques ne fournissent donc pas un critérium de la nature de l'hystérie.

Par contre, l'observation clinique montre qu'il existe un état constitutionnel particulier chez les candidats à l'hystérie ; on trouve chez eux des stigmates permanents de cette affection se manifestant dès l'enfance par cet état mal défini qu'on peut appeler *nervosisme*. Certains enfants, issus de souche névropathique, présentent

©BIUM

dès les premiers mois une série de réactions d'ordre émotif ou d'ordre physique anormales : crises de convulsions ou crises d'entéro-colite glaireuse sous l'influence d'une poussée dentaire ; syncopes graves déterminées par une indigestion, même par une cause futile, comme le fait de pénétrer dans une pièce chaude ou légèrement enfumée.

Avec le développement psychique on voit apparaître nombre d'accidents dont Oppenheim a donné une bonne description et dont l'auteur donne l'énumération.

M. Claude passe en revue les théories qui ont cours à l'heure actuelle sur la nature de l'hystérie. « Pour les uns, toutes les manifestations de la névrose relèvent d'une perturbation des processus de l'activité psychique dans ses rapports avec les actes de la vie organique, et ici il convient de citer les importants travaux que M. Janet a consacrés depuis plus de vingt ans à l'analyse psychologique des expressions de l'hystérie ; puis vient la théorie de M. Grasset, qui procède de celle de M. Janet, celle bien connue de l'éminent professeur de Nancy, enfin la théorie ingénieuse de M. Claparède, qui a été amené à comparer l'hystérie au sommeil.

Après cette revue rapide des théories psychologiques de l'hystérie et après avoir conclu que ce sont là des systèmes ingénieux qui s'adaptent pour la plupart assez bien aux faits, mais qui ne sont que des « conceptions fragiles », M. Claude parle des théories physiologiques dont M. Sollier s'est fait le champion convaincu et qui se résument dans la définition suivante de cet auteur : « L'hystérie est un trouble physique, fonctionnel du cerveau, consistant dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent des centres cérébraux, et se traduisant par conséquent, suivant les centres atteints par des manifestations vaso-motrices, trophiques, viscérales, senso-motrices, senso-

©BIUM

rielles, sensitivo-motrices, et enfin psychiques et, suivant ses variations, son degré et sa durée, par des crises transitoires, des stigmates permanents ou des accidents paroxystiques. Les hystériques confirmés ne sont que des vigiambules dont l'état de sommeil est plus ou moins profond, plus ou moins étendu. »

Bien que M. Claude ait montré que nous ne possédons pas un critérium permettant de définir l'hystérie et de limiter d'une façon rationnelle son domaine, il résume ce qu'il a précédemment exposé dans cet essai de définition basée sur l'état constitutionnel et les aptitudes psychiques de l'hystérique :

« L'hystérie peut donc être considérée comme une diathèse prenant en général son origine dans un état constitutionnel du système nerveux, le nervosisme, caractérisé par un défaut de régulation dans les processus réflexes élémentaires, psychiques ou organiques. Elle tire son caractère propre de la faculté qu'acquiert le sujet d'isoler, d'une façon consciente ou inconsciente, certaines perceptions ou aperceptions, et de leur laisser prendre, pendant un temps plus ou moins long, en dehors de l'activité psychique supérieure, une importance telle qu'elles exercent une action dynamogénique considérable sur certaines fonctions et cela, grâce à la modification primitive des processus réflexes, et aux dépens d'autres perceptions et aperceptions laissées dans l'ombre. »

L'auteur, à la fin de sa remarquable étude, établit comment dans la pratique médicale on devra faire le diagnostic de l'hystérie.

La parole est ensuite donnée à M. Schnyder pour l'exposé de son rapport.

L'orateur réclame de ses auditeurs un jugement sur son rapport mitigé de circonstances atténuantes en raison de la complexité du sujet qu'il a eu à traiter,

©BIUM

sujet qu'il aborde par l'étude des différentes doctrines relatives à la nature de l'hystérie.

« On peut, dit-il, considérer comme achevé l'édifice de la phénoménologie de l'hystérie, résultat d'une somme de travail immense, dont en France, Charcot, après Briquet, a été l'incomparable artisan. »

Déjà Charcot avait fait ressortir la prépondérance de l'élément psychique dans la production des symptômes de l'hystérie. Vient ensuite Pierre Janet, en France, qui s'engage dans la voie de l'analyse psychologique des phénomènes hystériques ; il est suivi en Allemagne par Oscar Vogt, Brener, Freud et plus récemment par Willy Hellpach. L'hystérie considérée alors comme une affection touchant particulièrement la sphère psychique n'est plus une névrose, c'est une psychonévrose.

En raison des innombrables troubles qu'elle présente, on ne peut plus la considérer comme une entité morbide et l'auteur déclare que, véritable protée, elle échappe à toute définition, malgré toutes les tentatives faites dans ce but. C'est alors qu'il cite les opinions de Pitres, de Moebius, d'Hellpach, défenseurs du bloc hystérique, celle de Bernheim, qui réserve à la seule crise la dénomination d'hystérique. Il fait mention des définitions proposées par Babinski, par Crocq, par Janet, par Grasset, et, après les avoir discutées et avoir rappelé que Lasègue déjà reconnaissait que la définition de l'hystérie n'avait jamais été donnée et prétendait même qu'elle ne le serait jamais, M. Schnyder, tout en se défendant de vouloir donner une définition impossible de l'hystérie, considère cette affection « comme la manifestation d'un état psychopathologique par excellence, l'expression la plus primitive, la plus ordinaire des faiblesses inhérentes à la nature humaine ».

L'auteur étudie ensuite l'hystérie au point de vue de son développement chez les différents individus. Il

montre la prédominance de cette affection chez la femme, son existence en proportion à peu près égale pour les deux sexes dans l'enfance, et fait cette constatation que, « plus le niveau social baisse, plus l'hystérie mâle augmente de fréquence, jusqu'au renversement de la proportion rencontrée dans les couches sociales plus élevées ». Il en résulterait pour M. Schnyder que l'élément commun qui pourrait être considéré comme la cause prédisposante de l'hystérie serait ce qu'Hellpach appelle la « Lenksamkeit », c'est-à-dire cette tendance de l'esprit à accepter des idées sans contrôle raisonnable, cette suggestibilité qui est une des caractéristiques de la mentalité enfantine.

L'auteur étudie ensuite les états hystériques d'abord dans l'enfance, où ils se caractérisent surtout par une grande simplicité, puis à l'âge de la puberté où les faits de la vie sexuelle ont pour Freud une importance capitale ; un des élèves du médecin viennois, Sadger, va jusqu'à avancer « qu'on retrouve à l'origine de tous les symptômes hystériques des vœux irréalisés de nature sexuelle, en grande partie à caractère homo-sexuel remontant à la première enfance ».

L'auteur ne partage pas, avec beaucoup d'autres, l'opinion exclusive de Freud et de ses élèves ; il se refuse à voir dans l'élément sexuel la seule cause de l'hystérie ; il reconnaît que la mentalité de la femme la prédispose à cette affection, elle obéit plutôt aux mobiles du sentiment qu'à ceux de la raison. A cette occasion, M. Schnyder nous fait un tableau des conditions de vie qui favorisent, chez la femme, l'éclosion de l'hystérie, et il nous donne quelques fragments d'une autobiographie d'une de ses anciennes malades ; cette autoobservation abonde en détails topiques, et des plus intéressants, sur les mobiles de l'hystérie.

Si l'hystérie est un des attributs malheureux de la

©BIUM

femme, eu égard à sa mentalité spéciale, elle se rencontre aussi chez beaucoup d'hommes dont la mentalité se rapproche de celle de la femme, et ces troubles hystériques sont surtout fréquents dans la population mâle des classes prolétaires. « La lutte souvent infructueuse pour les revendications sociales, les espoirs déçus, les ambitions non réalisées poussent trop souvent le prolétaire, nous dit l'auteur, à une révolte morale qui lui fait trouver dans l'hystérie une sorte de protestation contre les injustices du sort. »

Les accidents du travail détermineraient aussi souvent chez l'homme des états hystériques. La crainte de voir sa capacité au travail diminuer, de ne pouvoir assurer l'existence de sa famille, crée chez le travailleur une altération profonde de sa mentalité qui l'entraîne inconsciemment à exagérer les suites de l'accident, et à engager « ce qu'on appelle *la lutte pour l'indemnité* ».

L'auteur analyse ensuite les différentes manifestations hystériques, et, toujours persuadé de leur origine psychique, il voit dans le terme d'attitudes passionnelles donné par Charcot à certaines formes des crises convulsives la preuve du caractère idéogène de ces crises.

« Les stigmates classiques de l'hystérie, les zones hystérogènes sont en complète défaveur, dit M. Schnyder ; tous ces troubles se ramèneraient, comme le professe Bernheim, à des actions suggestives ; ils seraient, pour Babinski, le produit de l'auto-suggestion ou plutôt de la suggestion inconsciente du médecin. »

Pour l'auteur, tous ces phénomènes auraient une origine psychique incontestable, ainsi que beaucoup de troubles de la sphère motrice ou sensorielle.

Vient ensuite l'étude des troubles purement psychiques de l'hystérie : les amnésies, les délires, les hallucinations et les modifications du caractère.

Pour Janet, les amnésies hystériques sont comme les

©BIUM

anesthésies, des manifestations de la dissociation de la personnalité, comme une forme de la distraction. « Il y a des distractions de mémoire comme des distractions de sensations, et elles amènent des oublis, comme celles-ci produisent des anesthésies. »

Les états délirants dans l'hystérie, sont de véritables psychoses; mais s'ensuit-il qu'il existe une folie hystérique? La plupart des aliénistes français n'en admettent pas l'existence, et Schnyder cite l'opinion de Colin, qui, en dehors des délires qui peuvent être considérés comme les équivalents de l'attaque elle-même, conclut qu'il ne s'agit plus d'hystérie pure, mais d'hystérie associée à la folie, auquel cas le délire peut revêtir toutes les formes de l'aliénation mentale.

En ce qui concerne les particularités du caractère des hystériques, et dont les plus souvent signalées sont l'égoïsme et la tendance au mensonge et à la simulation, l'auteur ne veut point réhabiliter ces malades pas plus que les accuser : « Partant d'un point de vue strictement déterministe, je tiens toute altération de la vérité pour une manifestation pathologique de l'esprit, qu'elle survienne habituellement chez un hystérique et un aliéné ou accidentellement chez un individu considéré comme bien portant. »

Le remarquable rapport de M. Schnyder se termine par un résumé où il condense ses idées personnelles sur la nature de l'hystérie, résumé qui se termine par ces lignes que je transcris dans leur entier :

« Nous en sommes arrivés, on le voit, à une conception morale de l'hystérie, ce qui me paraît la terminaison logique d'une étude qui a pour objet les manifestations pathologiques de l'esprit les plus intimement liées à la personnalité morale de l'homme. « Si la psychologie est absolument indispensable pour « l'analyse du mécanisme des phénomènes hystériques,

©BIUM

« elle ne peut, à elle seule, résoudre le problème com-
« plexe des origines de la modification hystérique de la
« mentalité. A mon avis, à toute conception psycholo-
« gique de l'hystérie devra s'associer une conception
« morale de celle-ci. C'est surtout de cette conception
« morale que devra s'inspirer tout traitement rationnel
« de l'hystérie, comme l'a indiqué si éloquemment le
« professeur Dubois en préconisant pour les psychoné-
« vroses un traitement moral dans le sens le plus élevé
« de ce mot. L'analyse psychologique seule, quelque
« précieuse qu'elle soit, ne saurait aboutir, au point de
« vue thérapeutique, qu'à des résultats partiels, à la
« suppression de tel ou tel symptôme. Pour atteindre
« l'hystérie dans son origine même, il faut pénétrer
« plus profondément dans la personnalité du malade, il
« faut l'aider à reconstituer sa synthèse mentale sur les
« bases d'une bonne logique, refaire son éducation
« morale, tâche compliquée, souvent ardue, mais vrai
« traitement de l'âme qu'aucun médecin ne saurait
« plus répudier aujourd'hui. »

M. le professeur Raymond remercie les deux rapporteurs, et rend hommage au talent avec lequel ils se sont acquittés de leur tâche. M. Schnyder et M. Claude ont montré la même question sous deux aspects différents : l'un, M. Schnyder, a envisagé surtout l'hystérie au point de vue philosophique et social ; M. Claude, lui, l'a montrée sous ses aspects cliniques. M. Raymond loue M. Claude d'avoir insisté sur le terrain spécial qui prépare l'hystérie, qui pourrait alors être considérée comme une diathèse spéciale, et il rappelle à ce propos que les hystériques, à l'encontre des psychasthéniques et des épileptiques, guérissent le plus souvent et radicalement.

M. le professeur Raymond ne partage pas l'avis de son collègue M. Babinski, au sujet de certains troubles viscéraux-méningés, vaso-moteurs, trophiques et autres,

©BIUM

qu'il persiste à considérer comme des manifestations hystériques. Il rapporte à l'appui de son opinion plusieurs observations, entr'autres celle d'une jeune fille de dix-sept ans, dont il a parlé dans ses leçons, chez laquelle des poussées de pemphigus continuent à se produire et uniquement sur le membre supérieur droit, c'est-à-dire sur le membre siège des douleurs.

M. Raymond cite un autre fait se rapportant à un cas d'œdème bleu énorme du poignet gauche chez une grande hystérique ; ce cas d'œdème hystérique a été publié en collaboration avec M. Janet. Tous ces faits que M. Raymond a observés personnellement à la Salpêtrière « le fortifient dans cette conviction, à savoir l'existence de manifestations dans le domaine de la vie organique, chez les hystériques, du fait de la modalité spéciale de leur dynamisme nerveux troublé en conséquence du mécanisme général qu'il a cherché à préciser ». Bien qu'on puisse invoquer la simulation, il persiste à croire que les troubles vaso-moteurs et les troubles trophiques existent bien chez les hystériques.

M. Bernheim dit que c'est seulement aux crises nerveuses qui se produisent sous l'influence d'émotions vives spéciales qu'on doit réserver l'épithète d'hystérie ; il n'y a pas d'affection spéciale qui mérite ce nom d'hystérie qui pèse encore si lourdement sur les imaginations médicales. Le caractère spécial prêté aux hystériques, leur mentalité propre ne se montrent pas plus chez eux que chez le reste des individus.

Au bout d'un certain temps, les crises se renouvellent par auto-suggestion ; il s'établit alors dans l'organisme une sorte de diathèse hystérique. On propose de faire de l'hystérie un succédané de la suggestion ; dans ce cas, tout rentrerait dans cette conception de l'hystérie, sauf l'hystérie elle-même, puisque les crises qui la constituent sont de nature émotive.

©BIUM

Pour M. Pailhas, l'hystérie est un trouble du psychisme inférieur tel qu'il est conçu par le professeur Grasset. Il insiste sur ce fait que dès l'enfance on voit l'hystérie faire prédominer les centres du psychisme inférieur, au détriment du centre régulateur, dit centre O.

M. Terrien (de Nantes) s'étonne que M. Schnyder ait dit dans son rapport que la suggestion réussit mieux chez les neurasthéniques que chez les hystériques ; son expérience personnelle lui a toujours fait constater le contraire. Il partage les idées de son maître Babinski sur la théorie de l'hystérie, sauf en ce qui concerne les troubles vaso-moteurs et trophiques, qui ne doivent pas être rejetés du cadre de l'hystérie. M. Terrien cite, à l'appui de ses dires, trois observations recueillies dans sa clientèle.

M. Babinski n'est pas de l'avis du rapporteur, quand il dit que pour définir l'hystérie, il faudrait connaître le mécanisme de cette névrose ; ce qu'il faut, avant tout, c'est délimiter l'objet qu'on se propose d'étudier, et délimiter, n'est-ce pas définir ? Cette définition doit être fondée exclusivement sur des caractères cliniques, susceptibles d'être vérifiés ; on doit en écarter toute hypothèse. Un certain nombre de troubles qualifiés d'hystériques sont susceptibles d'être reproduits par suggestion, et de disparaître sous l'influence de la persuasion.

Ce groupe de troubles que M. Babinski appelle *pithiatiques*, c'est-à-dire guérissables par persuasion, appartient bien à l'hystérie. Par contre, on ne peut assimiler aux phénomènes pithiatiques l'état des réflexes tendineux, cutanés et pupillaires qu'on ne peut modifier par suggestion ; il en est de même des troubles circulatoires et des troubles dans les réflexes vaso-moteurs.

Le rôle qu'on a fait jouer à l'émotion dans la production des phénomènes hystériques paraît exagéré, les

©BIUM

hystériques acceptant souvent avec une grande indifférence les accidents dont il sont atteints.

M. Babinski ne partage pas l'avis de M. Claparède qui a comparé l'hystérie au sommeil et l'a considérée comme un état de distraction partielle, systématisée. Or, ne sait-on pas que les troubles hystériques ne sont jamais plus manifestes que lorsqu'on attire sur eux l'attention des malades.

M. Sollier tient à rester sur le terrain physiologique et anatomique. Pour lui « l'hystérie est constituée par un état d'activité moindre — depuis la légère diminution jusqu'à l'inhibition complète — des centres fonctionnels de l'écorce cérébrale ; c'est un état anormal qui se fixe et qui consiste dans une sorte de sommeil ; les hystériques sont des vigilambules ; cette expression de sommeil qui a été très critiquée, est pour M. Sollier une simple image. En effet, à la suite d'un choc physique ou moral, il se produit physiologiquement un arrêt de fonctionnement nerveux ; lorsque cet état persiste, c'est l'hystérie.

M. Claparède (Genève). Il faut se reporter à la physiologie normale pour se rendre compte de la nature des accidents hystériques. Un enfant dont la main saigne, cache instinctivement cette main à son regard ; c'est un phénomène inhibitoire de défense. Parfois cette défense primitive propre à l'enfant persiste, s'exagère même chez l'adulte et se manifeste par cet état désintéressé, de distraction mentale qu'est l'hystérie.

A deux heures, un train spécial nous amenait à l'asile de Céry où avait lieu la dernière séance du Congrès.

On a entendu une communication très intéressante, avec projection de coupes de M. le professeur Mahaim, à propos de l'aphasie ; cette communication a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Anglade, Dejerine et Thomas.

©BIUM

M. Bonjour a ensuite exposé le diagnostic différentiel des crises épileptiques et des crises hystériques.

Les médecins aliénistes français se sont ensuite réunis sous la présidence de M. Régis, et ont adopté le vœu suivant, présenté par M. Giraud :

« Les médecins aliénistes français réunis au dix-sep-
« tième Congrès des médecins aliénistes et neurolo-
« gistes de langue française, à la séance tenue à l'asile
« de Céry, s'en référant au vœu adopté par le Congrès
« de Rennes en 1905 ;

« Considérant que l'arrêté ministériel du 31 juillet
« 1907 constitue abusivement une mesure d'exception
« qui accorde à Paris un régime de faveur, au détriment
« de la province, en autorisant le préfet de la Seine à
« recruter les médecins d'asile dans des conditions dif-
« férentes des préfets des autres départements, c'est-à-
« dire par un concours spécial ;

« Considérant que la scission entre les médecins alié-
« nistes qui serait la conséquence de cette mesure est
« contraire aux intérêts bien compris de la psychiatrie
« française ;

« Considérant que les aliénés traités dans les asiles
« de province ont droit aux mêmes garanties scienti-
« fiques que les aliénés traités dans les asiles de la
« Seine ;

« Considérant que l'arrêté ministériel du 31 juillet
« 1907 est susceptible de léser gravement dans leurs
« intérêts moraux et matériels, des médecins ayant des
« droits acquis par l'application du décret du 1er août
« 1906, décret qui se réfère par voie de concours unique
« de tous les médecins d'asile ;

« Appellent respectueusement la bienveillante atten-
« tion de M. le président du Conseil, ministre de l'In-
« térieur, sur les conséquences graves que peut avoir
« pour les médecins d'asile l'arrêté du 31 juillet 1907,

©BIUM

« et demandent avec énergie l'application rigoureuse « du décret du 1er août 1906 relatif au concours des « médecins d'asile et à leur recrutement pour toute la « France par voie de concours unique et annuel. »

Après la séance, les congressistes ont visité l'asile de Céry ; c'est un établissement déjà ancien qui renferme environ 500 malades des deux sexes. La disposition intérieure des quartiers est assez défectueuse, mais M. le professeur Mahaim, directeur-médecin de l'asile, a su tirer le meilleur parti possible de cette situation et réaliser, malgré cette défectuosité, dans le traitement de ses malades, les procédés modernes de la thérapeutique psychiatrique.

A l'issue de cette visite, une collation a été offerte aux congressistes par le Conseil d'État du canton de Vaud, et nous eûmes le plaisir d'entendre des toasts pleins de cordialité.

Le mardi 6 août fut consacré à une très belle excursion à Caux, station d'altitude, et aux rochers de Naye ; dans les trains successifs qui emportèrent de nombreux congressistes, on put admirer la succession des panoramas variés qui se déroulaient sous les yeux. Parvenus aux rochers de Naye, à 2.000 mètres d'altitude, le vent qui soufflait avec une certaine violence n'empêcha pas les excursionnistes d'atteindre le sommet d'un belvédère, d'où ils contemplèrent le lac de Genève et les sommets couverts de neige qui limitaient au loin l'horizon.

Une collation des plus abondantes, offerte par la Société Vaudoise de médecine, fut servie à la gare aux voyageurs, collation à laquelle les congressistes, dont l'appétit était aiguisé par l'air vif des montagnes, firent le plus grand honneur.

A une heure, on redescendait à Caux, où avait lieu le banquet par souscription, dans le somptueux hôtel de

©BIUM

Caux-Palace, dont nous avions pu visiter les luxueux et confortables appartements.

De retour à Montreux, les membres du Congrès, conviés à une soirée au Kursaal, se répandaient dans le beau parc de l'établissement lorsque, pour la première fois depuis l'ouverture du Congrès, la pluie s'est mise de la partie, et a dispersé promeneurs et musiciens. On se réfugia au buffet, où les congressistes soupèrent par petites tables.

Le dernier jour avait été réservé pour la visite de l'asile de Marsens, dans le pays de Gruyère, canton de Fribourg. C'était à la fois une visite intéressante d'un asile situé en pleine campagne, construit jadis sur les plans de Girard de Cailleux, et une charmante excursion facilitée par le chemin de fer électrique Montreux-Oberland. C'est à Marsens que devait avoir lieu la dislocation du Congrès, et on ne comptait pas moins de 90 présents. De Bulle, des voitures amenaient à Marsens, où un déjeuner en plein air sous une vaste tente était offert. Des enfants, en costume du pays, eurent grand succès en apportant, dans les grandes jattes de bois, la crème des Alpes, et on leur fit chanter le *Ranz des Vaches* authentique. En l'absence du président, retenu à Genève, notre confrère Cullerre remercia le Dr Serrigny de la réception si cordiale et en même temps si pleine de couleur locale qui avait été organisée. Avant de se séparer, des félicitations furent adressées à M. Long qui, en sa qualité de secrétaire général, avait si bien organisé le Congrès. L'heure des départs étant venue, chacun quittait à regret un beau pays en prenant rendez-vous à Dijon en 1908, et en disant qu'après le Congrès de Genève et Lausanne, le secrétaire général de Dijon aurait beaucoup à faire pour se tenir à la hauteur de son prédécesseur

Dr E. LALLEMANT

©BIUM

Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés.

Le 3 août 1907, au cours du *Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de langue française*, les médecins des établissements publics d'aliénés se sont réunis au nombre d'environ 25, dans une salle de l'Université de Genève, dans le but de fonder une Association amicale. L'assemblée comprenait des médecins-directeurs, des médecins en chef et adjoints des asiles publics, des médecins de quartiers d'hospices et d'asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, d'anciens médecins des asiles.

M. l'Inspecteur général, délégué du ministère de l'Intérieur, assistait à la séance.

Par acclamation, M. le Dr Giraud, médecin-directeur de l'asile Saint-Yon (Rouen), est nommé président.

M. le Dr Charon, médecin-directeur de l'asile d'Amiens, est désigné comme secrétaire.

Le Président expose le but de la réunion, il rappelle qu'en 1895, à l'occasion du Congrès annuel, l'utilité de former une Union amicale des médecins aliénistes avait été discutée, et que l'année suivante le projet avait eu un commencement d'exécution par la création, au Congrès de Nancy, d'une association dont les statuts avaient été adoptés dans une réunion, avec l'adhésion de 33 membres fondateurs comportant un comité de 8 membres, dont plusieurs sont présents à la réunion d'aujourd'hui. Cette union n'a pas fonctionné.

Le Président expose que les motifs qui militaient en 1895 en faveur de la création d'une association, n'ont fait que s'accuser davantage d'année en année, et demande à l'Assemblée de prononcer tout d'abord sur

©BIUM

le point de savoir s'il y a lieu de créer aujourd'hui cette association.

Par un vote à mains levées, l'assemblée décide qu'il y a lieu de créer une association.

Le Président propose ensuite, pour arrêter les statuts de cette association, de reprendre et discuter article par article les statuts de l'Union de 1895.

Un membre de l'assemblée fait remarquer que la situation n'est plus aujourd'hui la même qu'en 1895. Récemment, les directeurs et médecins des maisons de santé privées ont créé une association pour la défense de leurs intérêts professionnels ; il semble donc que l'association nouvelle ne peut être ouverte, au moins pour les membres actifs, qu'aux médecins de tous grades des asiles publics et des établissements faisant fonctions d'asiles publics, c'est-à-dire à tous ceux dont le recrutement est soumis aux mêmes conditions et qui sont placés sous la même autorité administrative.

Après échange d'observations, l'assemblée adopte à mains levées et successivement les articles suivants des statuts de l'Association.

ARTICLE PREMIER. — Les médecins des établissements publics d'aliénés forment entre eux une association dite : Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés.

ART. 2. — Cette association a pour but :

1° De prendre en mains les intérêts généraux et particuliers de ses membres en leur donnant un appui quand ils en auront besoin et en continuant aussi activement que possible à améliorer leur situation, morale et matérielle ;

2° De créer et de maintenir entre ses membres des liens de bonne confraternité, de favoriser tout ce qui peut les amener à se bien connaître les uns les autres et

©BIUM

de veiller à ce qu'ils observent les règles essentielles de l'honorabilité professionnelle ;

3° D'étudier les questions qui se rapportent aux divers modes d'assistance aux aliénés.

ART. 3. — L'Association comprend des membres actifs et des membres honoraires.

ART. 4. — Sont de droit membres actifs, après en avoir adressé la demande au Comité, tous les médecins et anciens médecins en chef et adjoints des asiles publics, des colonies familiales, des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics et des quartiers d'hospices affectés au traitement des aliénés.

ART. 5. — Le titre de membre honoraire peut être donné par un vote de l'Assemblée générale à toute personne, docteur en médecine ou non, qui aura rendu des services éminents soit à l'assistance des aliénés, soit à l'Association elle-même.

ART. 6. — Tout membre actif de l'Association doit une cotisation annuelle dont la quotité est fixée à cinq francs.

ART. 7. — Celui qui, pendant deux années consécutives, aura négligé ou refusé de payer sa cotisation sera considéré comme démissionnaire.

ART. 8. — Pourra être exclu de l'Association tout membre qui aurait commis une faute contre l'honorabilité professionnelle ou dont les agissements tendraient à compromettre la bonne harmonie entre les membres de l'Association.

L'exclusion sera proposée par le Comité à une Assemblée générale avec exposé des motifs. Elle ne pourra être prononcée que si elle est votée par les deux tiers au moins des membres présents.

ART. 9. — L'Association est administrée par un Comité qui comprend : un président, un vice-président, un secrétaire-trésorier et quatre membres.

©BIUM

ART. 10. — Le président, le vice-président, le secrétaire-trésorier sont nommés pour un an et rééligibles. Les quatre autres membres sont élus pour deux ans et renouvelables annuellement par moitié. Ils ne sont pas immédiatement rééligibles.

Les élections se font au scrutin secret, au cours de l'Assemblée générale annuelle prévue à l'art. 11.

ART. 11. — L'Assemblée générale annuelle concorde avec le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française.

ART. 12. — En dehors de cette assemblée annuelle et en cas de besoin urgent, le président peut, sur avis conforme du Comité, provoquer la réunion d'une Assemblée générale extraordinaire.

L'Assemblée générale devra toujours être convoquée lorsque la demande en aura été adressée au Président par lettre recommandée signée de dix membres de l'Association.

ART. 13. — Pour qu'un vote émis en Assemblée générale soit valable, il faut que le quart au moins des membres de l'Association soient présents et que le vote ait été exprimé par la majorité des membres présents.

ART. 14. — Le président dirige les travaux et les Assemblées générales de l'Association. Il convoque le Comité toutes les fois qu'il le juge utile. Il représente l'Association en toutes circonstances. A son défaut, il est suppléé par le Vice-Président ou à défaut de celui-ci, par un membre du Comité désigné par lui.

ART. 15. — Le Secrétaire-trésorier perçoit les cotisations, paie les dépenses faites pour le compte de l'Association, garde les archives et la caisse. Toute correspondance se fait par son intermédiaire.

Chaque année il présente un état de caisse, et ses comptes de gestion sont vérifiés par deux membres désignés par le Comité.

©BIUM

ART. 16. — En cas de dissolution de l'Association, les sommes qu'elle pourrait avoir en caisse seront versées à l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins aliénistes.

ART. 17. — Toute discussion politique ou religieuse est formellement interdite pendant les réunions de l'Association.

ART. 18. — Le siège social de l'Association est fixé à Paris.

Les statuts dont les articles précèdent sont adoptés à l'unanimité des membres présents, après une deuxième lecture.

Le Président propose ensuite l'élection de chacun des membres du Comité, l'élection a lieu au scrutin secret et donne les résultats suivants :

Président (votants : 20).

MM.	Giraud	16 voix.
	Vallon	2 —
	Cullerre	2 —

Vice-président (votants : 20).

MM.	Vallon	15 voix.
	Charon	4 —
	Cullerre	1 —

Secrétaire-trésorier (votants : 19).

MM.	Antheaume	17 voix.
	Charon	2 —

Membres (votants : 19, 1er tour).

MM.	Charon	16 voix.
	Rayneau	12 —
	Mercier	9 —
	Vurpas	8 —
	Garnier	6 —

©BIUM

MM.	Lallemant	4 voix.
	Sizaret	3 —
	Mabille.	3 —
	Charuel	2 —
	Dodero	2 —
	Hamel	2 —
	Olivier (Dinan) . .	2 —
	Anglade	1 —
	Vigouroux	1 —
	Castain	1 —
	Cullerre	1 —

Deux membres seulement ayant obtenu la majorité des suffrages, il est procédé à un deuxième tour de scrutin pour la nomination de deux autres membres du Comité.

(Votants : 19, 2e tour).

MM.	Vurpas	12 voix.
	Mercier.	10 —
	Garnier.	9 —
	Hamel	4 —
	Sizaret	1 —
	Charuel.	1 —
	Maupaté	1 —

En conséquence, le Président déclare le Comité pour l'année 1907-1908 ainsi constitué :

Président : M. le Dr Giraud, médecin-directeur de l'asile de Saint-Yon (Rouen) ;

Vice-président : M. le Dr Vallon, médecin en chef de l'Asile de Sainte-Anne (Paris) ;

Secrétaire-trésorier : M. le Dr Antheaume, médecin en chef honoraire de la Maison Nationale de Charenton ;

Membres : MM. les Drs Charon, médecin-directeur de l'asile d'Amiens (Dury) ; Rayneau, médecin en chef

©BIUM

du quartier d'hospice (Orléans); Mercier, médecin adjoint à l'asile de Pierrefeu (Var); Vurpas, chef de clinique à la Faculté de Paris.

Les membres du Comité élu remercient l'Assemblée de la marque de confiance qui vient de leur être témoignée et l'assurent de leur dévouement aux intérêts de l'Association.

M. l'Inspecteur général Drouineau est, par acclamation, nommé membre honoraire de l'Association.

MM. ..... se sont fait inscrire comme membres actifs de l'Association.

Le Président annonce que le compte rendu de la réunion sera imprimé aussitôt que possible et adressé avec une formule d'adhésion à tous les médecins qui remplissent les conditions spécifiées à l'art. 4 pour faire partie de l'Association.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

©BIUM

Pathologie.

IVRESSE PSYCHIQUE

AVEC TRANSFORMATION DE LA PERSONNALITÉ

D'APRÈS LE Dr PAUL GARNIER,

Médecin en chef
de l'Infirmerie spéciale près le Dépôt de la Préfecture de police.

Par le Dr G.-G. De CLÉRAMBAULT,

Médecin-adjoint du service.

Dans son livre « La Folie à Paris », le Dr Paul Garnier a décrit trois formes anormales de l'ivresse : hallucinatoire, excito-motrice et psychique, chacune offrant des variétés encore classables, parce qu'elles se répètent en clinique assez souvent à l'état pur (ainsi les cas pseudo-rabiques, dans l'ivresse excito-motrice).

De l'ivresse à forme psychique, il existe une certaine variété non mentionnée dans le livre « La Folie à Paris » mais que notre maître avait étudiée, et que, d'après des notes laissées par lui, nous allons essayer de décrire. Nous croyons qu'après la lecture des observations qui vont suivre, et qui se superposent l'une à l'autre presque entièrement, on leur reconnaîtra le mérite de présenter un type clinique bien défini, peut-être absolument nouveau, qui semble pouvoir être dénommé : *Ivresse psychique, avec transformation de la personnalité.*

Il consiste dans la conviction, chez un homme en

puissance d'ivresse, d'être telle personne de haut rang, conviction qui naît brusquement et motive des actes coordonnés, mais absurdes, souvent délictueux, et presque toujours désintéressés ; conviction ayant de vagues rapports avec le passé du sujet, durant aussi longtemps que l'ivresse, et disparaissant avec elle ; laissant après elle un souvenir, et, chose curieuse, se répétant, dans les cas d'ivresse ultérieurs, sous forme stéréotypée. Définition que nous compléterons, après l'analyse de nos cas, par la connaissance du terrain et celle des causes préparatoires.

Observation I. — Le nommé Félix D..., âgé de cinquante-huit ans, inculpé d'escroquerie et amené pour ce au Dépôt, puis transféré à l'Infirmerie spéciale, aux fins d'examen psychiatrique, en février 1889, fut mis en liberté après peu de jours, sur certificat du Dr Garnier, ainsi conçu :

« D... est un débile de l'intelligence, adonné depuis longtemps à l'alcool, et présentant par périodes, sous la double influence des abus de boissons et de ses dispositions originelles anormales, des *accès délirants avec transformation de la personnalité*, troubles intellectuels qui le poussent à accomplir avec une véritable fatalité *les mêmes actes* absurdes ou délictueux. Il a été arrêté, cette fois-ci encore, pour commandes faites sous un faux nom (baron du Rocher). L'excentricité de sa conduite a paru telle qu'on n'a pas pu le placer sous le coup d'une inculpation. Il est actuellement revenu au calme, et ne montre que des dispositions raisonnables qu'il est évidemment incapable de conserver. Mais, dans ces conditions, il ne pourrait être retenu sans doute bien longtemps à l'asile. Il insiste beaucoup pour être envoyé au Dépôt de Nanterre; sa situation mentale présente autorise à faire droit à sa demande. »

Voici comment le malade lui-même expose son cas : « Lorsque je suis sous l'empire de l'alcoolisme, il s'opère en « moi un changement morbide très curieux; lorsque je suis « rentré en possession de moi-même, je suis tout surpris des « faits qui me sont reprochés, et dont je n'ai pas compris le « caractère répréhensible au moment où je les ai accomplis.

« Le voleur, l'escroc, font des dupes, mais, en gens intelli- « gents, ils s'arrangent de façon à faire venir de l'or dans leur

©BIUM

« poche. Mon cas n'est pas le même. Mes actes répétés et se « renouvelant toujours semblables prouvent que ma raison « n'est plus saine dans les moments (et dans ces moments-là « seulement) où je suis sous l'empire des spiritueux. Je puis « le dire franchement et sincèrement, *je n'ai jamais bénéficié « d'un acte quelconque* : ma dernière affaire en est un exemple.

« Désolé, tourmenté de me savoir sans gîte, sans savoir où « dîner le lendemain, pour oublier tout cela j'ai bu. Chose « digne de remarque, je n'aime pas boire, et lorsque j'ai devant « moi la liqueur demandée, quelle qu'elle soit, je l'avale d'un « trait et avec dégoût (?).

« Epuisé d'ailleurs tant soit peu par l'âge, mais surtout, « depuis quinze années, par les souffrances morales et aussi par « les souffrances physiques, il me suffit de peu de chose pour « m'amener à cet état d'ébriété que rien ne trahit extérieure- « ment, mais qui produit dans mon cerveau tout un travail « que je connais bien.

« Il arrive un moment où, chauffé pour ainsi dire à blanc, « je ressens tout d'un coup une forte commotion dans tout « mon être : je ne suis plus moi. Une dizaine de verres de diffé- « rentes liqueurs, un déjeuner copieux et une bouteille de vin « suffisent chez moi à provoquer cet état. Une fois arrivé là, « je ne dors plus, et je pourrais sans souffrir rester vingt- « quatre heures sans manger, à condition d'absorber encore des « toxiques.

« Alors, et par une commotion en quelque sorte électrique « que je reçois subitement, *je suis transformé* tout d'un coup, « et je deviens une personne quelconque dont j'aurai entendu « parler il y a deux, quatre, cinq ou dix ans, et que générale- « ment je n'ai jamais vue ni connue.

« Riche alors, je sens (littéralement je sens) mon portefeuille « dans ma poche, je vois dedans des billets de banque, comme « au temps de ma fortune passée (il y a là un rapprochement « qui, selon moi, s'explique); dans ma poche ou dans mon « portefeuille *je vois*, *je sens*, *je touche* des louis imaginaires. « C'est dans ces conditions que, sûr de moi, je commets de ces « actes qui, aux yeux de certaines personnes, peuvent passer « pour répréhensibles, et qui ne le sont cependant pas, puisque, « comme il est bien facile de s'en convaincre, il n'y a jamais, « en fait, personne de lésé. Le pauvre dindon de la farce, c'est « toujours moi, et je paie souvent chèrement un moment de « démence dû seulement à l'alcoolisme, qui me transforme.

« Pendant toute une journée, alors que mon état fébrile était « arrivé à son paroxysme, j'ai, je m'en souviens, *retenu des « appartements fort chers* dans les premiers hôtels de Paris, « pour le baron du Rocher. Que peut-on voir de fallacieux « dans cet acte? Je ne pouvais habiter ces appartements, j'en « étais donc réduit au plaisir de les voir, ce qui me rappelait « délicieusement mon opulence envolée, ayant été élevé avec le « luxe d'un homme qui aurait 100.000 livres de rente.

« Jadis, j'habitais place Vendôme. Mon père putatif, le « Dr D..., menait grand train, et mon véritable père, feu le « Dr N..., qui avait une très belle fortune et qui m'adorait, « me donnait, ainsi que ma digne et regrettée mère, tout l'ar- « gent nécessaire pour subvenir à mes goûts et caprices.

« J'ai donc sucé le lait des grandeurs, et lorsque je me trouve « dans l'état énoncé plus haut, je me trouve tout naturellement « amené à me croire ce que j'étais jadis, c'est-à-dire l'homme, « ou plutôt le grand enfant choyé, gâté jusqu'à l'âge de qua- « rante ans, époque à laquelle j'ai eu la douleur de perdre mon « digne père et ma regrettée mère.

« Voilà, Monsieur le Docteur, ce que vous m'avez demandé. « Merci de vous ranger du côté de ceux qui savent que je suis « resté digne d'intérêt et sincèrement à plaindre! Car, que me « réserve l'avenir? Je suis réduit à la misère la plus affreuse « pour tout homme de cœur et bien né : la misère en habit « noir. Je suis forcé d'aller me renfermer dans un dépôt de « mendicité, avec toute la lie de la société... »

Félix D... n'était pas, à beaucoup près, « l'homme de cœur et bien né » pour lequel il se donne. Du rang social, effectivement élevé, où il était né, il n'était pas déchu seulement par manque de volonté et de jugement, ni même par le seul effet de l'alcoolisme, mais grâce à un manque absolu de dignité et de sens moral. Viveur et joueur au début, il se révèle promptement quémandeur et faiseur, à la fois hautain et rampant, exigeant et ingrat, et avec cela, par intervalles, simulateur et sodomiste. Accusateur grandiloquent de la société, protestant avec véhémence contre des internements fondés, mais sollicités par lui-même, contre les enquêtes faites « sur sa vie privée », et contre toute mesure, quelle qu'elle fût, prise envers lui, il était un de ces types sociaux qui constituent, pour les divers pouvoirs publics, un sujet d'embarras perpétuels. Tous les aliénistes de Paris ayant eu à s'occuper de lui, lui ont appliqué à tour de rôle tous les vocables, tous les jugements afférents aux

©BIUM

dégénérés. Jouant de son propre déséquilibre, tantôt il se prévalait de leur amitié (*sic*) et tantôt il les accusait d'avoir perdu son existence.

L'alcool avait brodé sur cette trame des délires, plus ou moins banaux, qui l'avaient amené plus de trente fois à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Au cours d'une panophobie, il se réfugia dans un commissariat, où, aussitôt rassuré, il déclara être un médecin des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur. Mais il n'était pas alors en mesure de soutenir son rôle, et son attitude mégalomane fut de peu de durée. Ainsi, la tendance orgueilleuse pouvait être chez lui exaltée par l'alcool, d'une façon purement incidente et fugitive. La forme donnée à son orgueil résultait, là encore, de ses souvenirs les plus personnels, les plus lointains; car il avait été élevé parmi les milieux médicaux les plus brillants. Mais cet épisode même nous montre que *l'idée mégalomaniaque* et *l'utilisation d'un bloc de souvenirs* ne sont pas les conditions suffisantes ni les traits caractéristiques du délire que nous étudions : il manquait à l'idée de grandeur *la stabilité de l'euphorie* et *la présentation maniaque*.

Observation II. — Un autre individu, intelligent, alcoolique et déclassé, Georges F..., âgé de quarante-deux ans, fut envoyé à l'infirmerie par le commissaire de police de Saint-Denis, pour commandes inutiles faites sous un faux titre. Il se disait capitaine de frégate, et retenait des chambres dans les hôtels.

Issu d'une famille de névropathes et d'aliénés, il a mené lui-même une existence mouvementée. Reçu bachelier de bonne heure, il entre dans la marine marchande, comme comptable, puis fait son service comme marin, commence à boire à vingt-deux ans, par intervalles, est nommé fourrier de 1re classe, puis libéré à vingt-huit ans, entre dans une maison de commerce comme caissier; il y engage 6.000 francs, tout son avoir, et y reste employé huit ans. La maison ayant fait

faillite, il reste sans argent et sans place. Il part alors pour Barcelone, pour y donner des leçons de français, puis, ayant gagné quelque argent, revient à Paris, met son argent comme cautionnement dans une banque qui le prend comme caissier; puis, ruiné de nouveau, il parcourt la France à la recherche d'un emploi quelconque. Il habite ainsi Bordeaux, Pau, Marseille, vivant d'occupations infimes, et parfois aussi d'expédients, qui ne sont pas sans avoir contribué à ses déplacements successifs. Il prend alors des habitudes alcooliques et absinthiques, s'enivre souvent, mais reste sain, dit-il, autant au moral qu'au physique, jusqu'à l'âge de trente-neuf ans, où il adopte pour régime de quinze à vingt verres d'absinthe par jour, plus sept ou huit verres de cognac et des verres de liqueurs variées.

A ce moment, sa santé s'altère; les troubles ébrieux s'aggravent et prennent la forme *d'ivresse psychique à longue durée, avec illusion de transformation*.

Cette illusion est provoquée surtout par les libations absinthiques. Elle est précédée de phénomènes hallucinatoires, toujours les mêmes, restreints au domaine de la vue, et consistant en des visions d'objets brillants, de cercles lumineux, de flammèches, de couleurs rappelant celle du prisme, d'ombres fugitives ayant quelquefois des formes plus ou moins animales. Cette phase comporte un vague délire en rapport avec les visions; il déclame et il gesticule. Mais cette phase est courte, et très brusquement, elle fait place à une phase plus calme : la phase de *transfiguration*; devenu capitaine de frégate, il se rend dans des hôtels riches, où il dit avoir pour mission de retenir des chambres, pour un nombre donné d'officiers de l'état-major; il visite les chambres, en discute les prix, et il les retient pour une date fixe ou une date approximative. « Quand ces « messieurs arriveront, dit-il, vous les placerez suivant leur « rang et on vous paiera à l'arrivée des bagages. »

Il exige certaines conditions de confort indispensables pour conclure. Chose curieuse, il ne retient les chambres que s'il y en a sept ou quatorze disponibles dans le même hôtel; les officiers d'état-major sont tantôt au nombre de sept, tantôt de quatorze; *ces deux chiffres sont invariables*. Pour le moment de leur arrivée, il indique souvent le lendemain soir.

Il va ainsi, retenant ses sept ou quatorze chambres dans chacun des hôtels du lieu, jusqu'à ce que surviennent une fatigue et un sentiment d'hébétude incompatibles avec son rôle.

©BIUM

En peu de temps, il reprend la notion du réel, et regrette ses mystifications, qu'il voudrait pouvoir réparer. Quelquefois il présente des excuses à ses dupes et résilie les arrangements. Mais le plus souvent, pour se soustraire aux responsabilités, il s'empresse de quitter le théâtre de ses exploits.

Lorsque ce changement de personnalité se produit, Georges F... décore chaque fois sa boutonnière d'un ruban rouge, qu'il s'empresse d'enlever quand il redevient lucide.

Pendant qu'il joue son rôle de capitaine de frégate, *il se voit* en grande tenue, avec épaulettes, aiguillettes, épée, décorations multiples, il salue militairement les personnes qu'il rencontre. Il est d'une politesse parfaite, en paroles, en gestes et en actes; aucune colère, aucune violence, aucun désordre.

Cette métamorphose toujours identique, s'est renouvelée cinq fois dans l'espace de huit mois; quatre fois la crise s'est produite à Paris, une fois à Saint-Denis. La seconde crise est séparée de la première par un intervalle de trois mois; la troisième vient deux mois plus tard, les deux dernières trois mois mois après, et coup sur coup.

Il a été arrêté à Saint-Denis, où comme d'habitude il se donnait pour capitaine de frégate à bord de la *Sémillante*, ajoutant à son nom une particule, et se prétendant envoyé par l'amiral Noblet (?) pour préparer, à Saint-Denis, le logement de l'état-major de la marine; il avait retenu des chambres dans plusieurs hôtels, puis il était allé à la caserne réclamer un planton, pour être conduit chez le commandant du bataillon, à qui il voulait fraternellement serrer la main. Amené au commissariat de police, il se réclamait du Cercle militaire, où il voulait être conduit. Avec l'état-major devait venir à Saint-Denis, disait-il, un détachement de 560 marins. L'Exposition universelle était le motif de leur venue, et le ministère avait décidé de les cantonner à Saint-Denis pour réduire le chiffre des dépenses. Au cours des pourparlers avec les hôteliers, il s'était fait offrir de nombreuses consommations.

Arrivé depuis deux jours de Saint-Sébastien, ayant vendu ses effets en cours de route pour pouvoir continuer son voyage, il s'était rendu à Saint-Denis dans le but d'y chercher du travail. Il ne connaissait plus personne dans Paris, et comptait, comme ressource en cas de non réussite, se rendre à Compiègne chez un ami.

Actuellement, il présente les signes d'un alcoolisme chronique avec accès aigus : fourmillements de la peau, crampes

dans les mollets et les cuisses, diminution de la sensibilité et de la motilité, anorexie, pituites, crampes d'estomac, douleur épigastrique à la pression, tremblement des mains et de la langue, cauchemars, hallucinations. Assez souvent, la nuit, il saute à bas du lit, couvert de sueur, en proie à une terreur intense. Il voit alors des hommes qu'il entend l'injurier, des animaux qui poussent des cris. Fait notable : il n'a, en l'absence des hallucinations, aucune idée de persécution ; son caractère ne semble pas très modifié. Il n'est pas devenu plus violent envers les personnes, il ne l'est pas même envers les choses, et n'éprouve pas d'idées de suicide, même dans l'ivresse.

Pas d'inégalité pupillaire. Pas de stigmates notables de dégénérescence. Ses ascendances sont cependant les suivantes : Père alcoolique, mort à cinquante-huit ans d'une bronchite ; mère névropathe ; tante maternelle aliénée ; sœur nerveuse, ayant eu des crises hystériformes au moment de la puberté. Antécédents personnels : rougeole dans l'enfance, blennorragies multiples, orchite, blennorrhée ; très probablement syphilis à vingt-neuf ans (avec céphalée et vertiges). Variole à trente-huit ans. Aucun indice de paralysie générale commençante.

Il décrit ainsi son état :

« C'est depuis huit mois seulement que cette malheureuse « manie s'est développée. Avant 1887, je buvais beaucoup de « liqueurs fortes, surtout de l'absinthe (absinthe sans eau, ou « très peu d'eau, dix à quinze verres par jour, sans compter « les autres liqueurs). Depuis 1887, époque où des chagrins « sont venus m'assaillir, je me suis complètement abruti. Je « mange très peu, je bois un peu de vin, beaucoup d'alcool.

« Lorsque j'ai beaucoup bu, le sang me monte à la tête, je « vois passer comme des étoiles filantes de plusieurs couleurs, « des bougies allumées, des mouches, puis j'ai des picotements « dans les tempes, on dirait que mon cerveau est illuminé, « *alors je me crois revêtu d'un costume de capitaine de frégate.* « Je crois être le personnage lui-même, je vois les épaulettes, « les aiguillettes, comme si je les portais réellement, mon indi- « vidu (*sic*) est transformé.

« Alors, il y aurait dix hôtels dans la même rue, je les ver- « rais tous les dix. Je demande sept ou quatorze chambres, « toujours les mêmes chiffres, c'est invariable. S'il n'y a pas « un de ces deux nombres, je m'en vais. Si le nombre y est, « je veux du confortable pour loger mon état-major ; je dis « que nous viendrons tous quand tous seront arrivés. Je pars,

©BIUM

« je visite ainsi les hôtels, jusqu'à ce que la conscience de ce « que je fais me revienne ; alors je suis honteux de moi-même ; « il m'est arrivé deux ou trois fois d'aller faire mes excuses. « A Saint-Denis, je me suis présenté à la caserne, j'ai demandé « un soldat pour m'accompagner, je suis allé chez le comman- « dant pour faire connaissance.

« Ma crise passée, j'éprouve une faiblesse générale. Mes « pieds sont froids, ma tête brûlante ; je transpire, je ne puis « dormir, j'ai des cauchemars, j'entends des cris, je crois être « poursuivi par des bêtes féroces, je veux crier car je ne puis « me sauver ; je souffre, puis j'ai des vomissements, j'éprouve « des douleurs dans les jambes, et des crampes d'estomac « atroces. »

Relevons dès maintenant, dans cet exposé, plusieurs points. Ici comme dans le cas précédent, il s'agit d'un type d'homme spécial : déséquilibré congénitalement, et alcoolisé de longue date, ayant dépassé quarante ans, définitivement déclassé, et buvant, comme il le prétend, en grande partie pour oublier.

Chez l'un comme chez l'autre, la phase prodromique qui précède la crise est courte. La crise vient brusquement et comporte du commencement à la fin une euphorie qui ne permet à aucun moment aucune violence.

Des illusions visuelles, que nous analyserons plus tard, accommodent l'ambiance au délire. La crise cesse brusquement pour faire place à un état de confusion et d'abattement avec souvenir. Dans le cas de Georges F... cette période finale s'accompagne d'un délire éthylique classique (anxiété, hallucinations élémentaires, zoopsie) ; ce même délire, d'ordre banal, avait fait partie des prodromes, pour cesser d'ailleurs totalement lors de l'apparition de la crise. A part cette différence, qu'on regardera sans doute comme insignifiante, les deux observations ci-dessus sont de point en point superposables ; et celle que nous allons citer leur est exactement semblable.

©BIUM

OBSERVATION III. — Justin N..., âgé de quarante ans, dans un mémoire où il annonce « qu'il a l'honneur de nous exposer les délits d'escroquerie qui lui sont reprochés présentement », raconte ainsi son existence :

Employé de commerce, chez ses parents même, depuis sa sortie du collège jusque vers dix-huit ans et demi, il fait la campagne de 1870 comme engagé volontaire. D'abord dans les guides de la garde, puis après Sedan avec les dragons. Libéré en mars 1871, il se reposait à la campagne, lorsque les bruits de révolution lui font désirer revoir Paris. Des gardes nationaux l'appréhendent, l'incorporent malgré lui, l'habillent. Il oublie alors sa famille, et malgré qu'il lui soit facile de s'échapper, il préfère garder l'uniforme de la Commune, qui le flatte, car on l'a nommé d'emblée sous-lieutenant. Dans la déroute de la Commune, il éprouve un peu tardivement des hésitations et scrupules, et abandonne son uniforme pour se cacher. Mais bientôt l'envie le prend de sortir; enhardi, il se montre bientôt aux endroits mêmes où on l'a vu dans sa splendeur de sous-lieutenant, et il est dénoncé à la gendarmerie. On l'envoie aux pontons de l'île d'Aix pendant huit mois, puis un conseil de guerre provincial le condamne à un an de prison. Libéré, mais accueilli froidement par sa famille, il repart et contracte un engagement de cinq ans dans les hussards, devient fourrier dans les spahis, se bat avec un camarade parce qu'on le raille de ce qu'il ne boit pas, mais boit sitôt le duel terminé et ne s'arrête plus. Il adopte le régime des vieux soldats d'Afrique : mauvaise absinthe, anisette d'Espagne, rhum, eau-de-vie, « bref, tout ce qui brûle ». Il prend les fièvres paludéennes, supporte en marche et en campagne de grandes fatigues, absorbe de la quinine à doses énormes, enfin est pris d'un tremblement chronique et de gastralgies réitérées avec vomissements. Nommé maréchal-des-logis et secrétaire d'un bureau arabe, il n'en a que plus de motifs de boire (« de l'absinthe, pour corriger l'eau »).

Libéré en 1877, il devient employé de commerce dans la soierie, pendant deux ans, se marie (1879), voyage à la commission pour le compte d'une maison de parfumerie, et gagne alors quelque 8.000 francs par an.

Mais sa femme meurt en quelques mois; il lui fait construire un caveau somptueux, et se remarie immédiatement (1881). Il semble, dans ce remariage, s'être laissé conduire par des tiers. Sa femme « qui, en le prenant, dit-il, faisait un mariage

©BIUM

de dépit », impose un très long stage à ses impatiences maritales, puis se révèle en toute circonstance très peu sociable. Il met tout son argent, la dot de sa femme, et une somme que lui prête son beau-frère, dans l'achat d'un commerce de parfumerie; son vendeur le dupe, le commerce languit, la femme s'aigrit, et veut retourner vivre chez une tante; une sœur à elle vient s'installer dans la maison, toutes deux le prennent de haut avec lui, l'excluent de la chambre conjugale, le rendent presque non existant dans la maison, enfin s'envolent subrepticement, avec linge, bijoux et argent. Il en fait, dit-il, trente-six heures de fièvre, avec quelques heures de délire (paludisme? éthylisme ancien? pur choc moral?).

Sa sœur et son beau-frère le soignent, se chargent en partie de son commerce, lui viennent en aide pécuniairement; finalement ils lui achètent son fonds (1882). A ce moment, toutes ses dettes payées, il est ruiné. Il cherche vainement un emploi, sa sœur et son beau-frère cessent de le réconforter et de le soutenir : ils regrettent de s'être substitués à lui, lui reprochent de s'être laissé tromper et de les avoir trompés eux-mêmes, tout au moins involontairement. Toutefois, ils s'accordent sur un point, et ils attaquent devant le Tribunal de Commerce l'homme de qui il avait acheté le fonds; faute de certaines preuves, ils échouent; il se brouille alors tout à fait avec sa sœur et son beau-frère.

Il trouve un emploi comme représentant, mais ses patrons restreignant leurs opérations, il est remercié.

Le peu qu'il a gagné passe à l'entretenir et à verser une pension mensuelle à sa femme, qui a demandé la séparation; il cesse de payer la pension, ses meubles sont alors vendus, et il n'en peut racheter aucun. Il pense alors à se suicider, et recommence à boire de l'absinthe. Celle-ci n'avive pas ses idées de suicide mais lui donne *une vive euphorie*, qu'il recherche désormais sans cesse.

« Momentanément j'oubliais; lorsque je me sentais malade « je rentrais me coucher, quelquefois en plein jour, car je ne « voulais pas être remarqué et pris pour un ivrogne. Le lende- « main j'étais malade, abruti; je sortais cependant pour cher- « cher du travail, je ne mangeais pas, j'avais une fièvre conti- « nuelle, je rentrais sans avoir rien mangé de la journée, ni « bu, ni trouvé du travail. Les nuits que je passais après cela, « je ne peux pas vous les raconter. Le jour suivant, la fièvre « me retenait dans mon lit, je ne mangeais pas, mais je buvais

« de l'eau, beaucoup d'eau, et je transpirais. Une fois ainsi, « après trois jours, j'essayai de me lever, et je sortis. Ma tête « me faisait affreusement souffrir, comme si j'avais reçu de « grands coups sur les tempes, à ce point que j'y regardai; je « n'y vis rien. Etant trop faible sur mes jambes, j'entrai chez « un débitant, et j'avalai d'un trait un verre de vulnéraire. Le « débitant me voyant mauvaise mine, m'offrit un siège; il « était temps, car je me trouvai mal aussitôt. Quand j'eus « repris connaissance, il me demanda où j'habitais, pour m'y « ramener; je refusai, bien que ce fût à quelques pas de chez « lui; je ne voulais pas qu'on vît de trop près toute ma misère.

« Je rentrai donc seul, je me couchai encore une fois, et la « faiblesse me permit de dormir quelques heures. Quand je me « réveillai, il était nuit noire, et cette nuit-là me parut fort « longue, car je ne dormis plus, et je maudissais l'existence « en songeant encore à me détruire; j'aurais eu une arme sous « la main que je n'aurais pas vécu longtemps. Au jour, je sor- « tis; j'essayai de manger un petit pain d'un sou en buvant « un verre de cognac; il faisait un temps affreux, j'allai me « promener sur les bords de la Seine, attendant une heure plus « avancée pour chercher du travail, il était à peine sept heures « du matin. J'eus encore de tristes projets, je les ajournai. « Plusieurs autres journées ressemblèrent à celle-là »...

Il trouve un semblant d'emploi dans la représentation d'une maison de distillation; mais étant « à la commission », il a plus de dépenses que de recettes (il empruntait probablement) : au bout de quinze jours il abandonne. Il laisse ses malles, linge et effets, en guise de paiement, à son hôte (il avait d'ailleurs pris une chambre au moins deux fois trop chère pour lui).

« J'étais cette fois comme l'escargot, ayant tout sur moi, « sans argent ni gîte. N'ayant pas l'esprit à mendier, je cachais « ma situation à mes frères et sœurs et amis ; j'étais trop fier « et trop honteux. »

Cependant un de ses frères l'héberge. Mais ne trouvant toujours pas de travail, il s'adonne encore à l'absinthe. Et c'est alors, à trente-trois ans, qu'il commet pour la première fois, au cours d'une ivresse onirique, ses facéties mégalomanes, et d'ailleurs désintéressées, qui devaient l'amener un peu plus tard dans le service du Dr P. Garnier, mais qui, à l'époque, regardées comme des tentatives d'escroqueries, lui valurent une condamnation à la prison. Dès lors, perdu de réputation, desservi par certains de ses proches, n'osant plus demander du

©BIUM

travail, il boit de nouveau. « Je n'étais plus bon à rien, dit-il, surtout sans fortune. »

Nouveaux excès, nouvelle ivresse pathologique, suivie encore d'inculpation pour escroquerie ; condamnation.

« Ma tête s'égarait, nous dit-il. Mon imagination était faus-
« sée. J'ai commis mes fautes sans le moindre raisonnement,
« simplement sur l'effet d'un abus d'alcool ; d'ailleurs je n'ai
« jamais commis de violence, ni même montré d'emportement ;
« vous m'en voyez moi-même surpris. »

L'exposé commence par des considérations philosophiques, puis par une magnanime demande qui est celle d'être envoyé aux colonies avec quelque expédition ou mission ; enfin par des déclarations sincères mais non exemptes d'emphase. L'auteur n'a oublié qu'une chose, l'exposé des actes délictueux qui précisément l'ont amené à commencer sa confession.

Cette omission, assez commune dans les autobiographies de ce genre, n'est pas ici l'effet d'une réticence, mais d'un oubli, et cette marque d'instabilité dans la pensée n'est pas faite pour nous étonner.

Dans un deuxième mémoire, il répare son oubli :

« Je me suis présenté chez plusieurs bouchers pour y traiter
« la fourniture de viande pour la nourriture *d'un soi-disant*
« *bataillon de chasseurs à pied* devant prendre sous peu gar-
« nison à Paris. Cette fourniture devait s'élever à 250 kilo-
« grammes par jour.

« Je prenais la qualité d'*officier d'ordinaire*, chargé de ce
« service, et je me donnais le premier nom venu.

« Je fis également *la location de plusieurs chambres* pour
« plusieurs de mes camarades devant arriver ; il me fallait
« 37 chambres de plusieurs prix différents ; je me présentai
« donc ainsi dans plusieurs maisons meublées et arrêtais quel-
« ques chambres, sans que l'on me vît revenir.

« Tous les témoins sont venus déposer chez mon juge d'ins-
« truction. Tous, sans exception, ont déclaré ne m'avoir livré
« aucune marchandise, et que je ne leur avais nullement de-
« mandé d'argent. J'ai même offert à plusieurs bouchers soit
« à déjeuner, soit à dîner, ou bien nous sommes allés dîner
« ensemble, et je payais malgré eux. Dans la quantité, un a
« déclaré qu'en sa présence, à sept heures du soir, j'avais con-
« sommé trois absinthes, sortant déjà de boire avec un de ses
« collègues.

« Je crois donc n'avoir causé de préjudice à personne, ce

« dont je suis heureux. Et je crois devoir vous faire remarquer « que quand on commet des escroqueries en connaissance de « cause, en règle générale, c'est avec l'intention d'en tirer « quelque profit.

« Dans mon cas, c'est tout le contraire. C'est ce qui étonne « mon juge d'instruction (*sic*), et il ne cesse de me demander « quel était mon but en agissant ainsi. Ma réponse est tou- « jours la même, j'ai agi sous l'influence de l'absinthe.

« Chaque fois que je consomme une certaine quantité d'ab- « sinthe, j'ai *la manie de me croire encore militaire*, bien « qu'ayant quitté le service depuis neuf ans. »

II

Les trois personnages que nous venons d'étudier nous présentent, avant tout délire, bien des ressemblances psychologiques.

Ce sont des déséquilibrés, imaginatifs, peut-être un peu abouliques, dépourvus de suite dans les idées et dans les actes, faciles à entraîner et à duper ; plutôt affectueux de caractère, serviables, généralement aimés (bien des détails de leurs mémoires, que nous avons supprimés, le prouvent) ; leurs dons brillants font illusion, ou plutôt ont fait illusion tant qu'ils furent jeunes, sur leur valeur ; ils rédigent bien, et épiloguent avec aisance sur les erreurs de leur passé, mais s'ils exposent bien les incidents, ils jugent imparfaitement les causes, ne saisissent pas les liens de l'ensemble, et improvisent visiblement les sages maximes qu'ils nous débitent ; il n'est pas jusqu'au goût de l'emphase qui ne les révèle un peu débiles.

Leur moralité, au début normale (bien que peut-être mal assurée), a été minée par l'alcool, et on les sent (ce qu'ils n'étaient pas au même degré dans leur jeunesse) très habitués à emprunter avec une faible intention de rendre ; tout en restant par contre, capables de donner

©BIUM

très libéralement, dès qu'ils le peuvent. L'alcool a émoussé en eux le sentiment de la vraie dignité, sans atténuer l'humiliation causée par leurs chutes répétées. Après des efforts inutiles, et visiblement maladroits, pour se relever, séparés de leurs anciens amis par mille obstacles, et incapables de se contenter des compagnons qu'ils ont trouvés dans les bas-fonds, ils prennent conscience, vers trente-cinq ans, d'un isolement définitif, d'une déchéance inéluctable.

Quelle intensité et quelle forme garde chez eux, à l'état sain, ce sentiment d'orgueil qui joue un si grand rôle dans leur délire? Ils ne paraissent ni dans l'enfance, ni même, au cours de l'existence, particulièrement vaniteux, et ils nous semblent même relativement modestes, si nous nous rappelons quelle haute idée ont d'eux-mêmes, si souvent, les dégénérés. Ils ne s'exagèrent la valeur ni de leur esprit, ni de leur physique, ni de leur naissance, et leurs actes ne nous les révèlent ni présomptueux, ni encombrants, ni susceptibles.

L'imprégnation alcoolique a affaibli leur intellect, exalté leurs centres sensoriels, provoqué même du délire subaigu, mais sans causer d'idées de persécution bien nettes, ni même engendrer, semble-t-il, un caractère paranoïaque. Elle a porté atteinte à la force de l'esprit, et à son mécanisme intime ; et nous en chercherons une preuve dans ces marques d'automatisme, qui prouvent une désagrégation.

L'ivresse proprement dite, chez eux, est banale. Nous noterons toutefois qu'elle n'est, à les croire, jamais violente, et que l'euphorie y tient une place assez notable, sans pourtant que la mégalomanie y apparaisse. Ils gardent d'ailleurs, dans leur ivresse, la notion de leur personnalité.

Les crises mégalomanes surviennent dans des périodes aiguës de leur vie, quand les chocs moraux se multi-

plient, et quand toutes les causes d'épuisement, en même temps que de malnutrition, sont réunies. Or, il est d'expérience courante que tous les chagrins prolongés préparent cette désagrégation dans laquelle naît l'automatisme.

Tels se présentent à nous ces cerveaux affaiblis, à la veille de l'accès délirant qui nous occupe. Nous trouvons dans ce tableau de leur vie et de leur état deux choses : d'une part, le *répertoire d'idées* où leur délire pourra puiser ; d'autre part, la *désorganisation de leur psychisme toute préparée* : c'est cette deuxième constatation qui est capitale.

Ils n'ont pas l'orgueil « personnel », mais ils ont, si l'on nous permet cette expression, l'orgueil « social », c'est-à-dire le désir de s'identifier à une catégorie classée. Chacun d'eux a son idéal assez banal. L'un, né dans un monde dépensier, peu soucieux du travail et même des honneurs, a vénéré les titres tout faits et savouré le respect facile des fournisseurs et des badauds. L'autre, pour des motifs nombreux, s'est épris du panache guerrier. Il aime l'aventure, il s'enrôle ; mais ayant l'amour des insignes plus que le sentiment de la fonction, du jour au lendemain il combat tout ce qu'il a servi jusqu'ici, pour cette petite raison qu'on lui offre pour cela des galons. Et son père était justement (source d'impressions inoubliables dans son enfance) marchand de passementeries militaires. Rentré dans l'armée régulière, il se sent vivre, comme sous-officier de cavalerie dans les spahis, une période aristocratique ; il savoure alors toutes les jouissances tant morales que matérielles, dont il sera le plus privé plus tard. Remarquons qu'il est doux de nature, et très probablement jouit de son prestige, plutôt que de son autorité. Plus tard, dans son déclin, c'est encore un prestige en quelque sorte impersonnel qu'il cherchera exclusivement : *Faire partie*

©BIUM

d'un état-major et avoir de nombreux amis, tel est son thème. Il ne se fait pas autoritaire, ne s'attribue pas de commandement, pas même de richesse personnelle, quand il lui serait pourtant facile, s'il recherchait exclusivement l'ostentation, de promettre des largesses et de signer des chèques. Mais il est moins fier de lui-même que du groupe dont il fait partie ; et d'ailleurs son but est moins d'éblouir que de s'éblouir ; l'atmosphère de bonne compagnie convient à sa délicatesse, et il n'invente que dans la mesure nécessaire pour la constituer. Il est facile d'imaginer d'autres délires mégalomanes puisés dans le même domaine d'idées, et qui mettraient mieux en relief ou sa richesse ou sa valeur. Ils cadreraient moins bien avec son caractère, disons même : ils répondraient moins aux besoins que la vie lui a créés ; car ce qui lui manque dans sa déchéance n'est pas tant l'estime morale que la considération bourgeoise.

Les mêmes remarques sont applicables, exactement, au pseudo-officier de marine qui traduit bien son euphorie en *voulant connaître son collègue de l'armée de terre*, et à l'homme du monde qui ne fait nulle dépense, mais retient un bel appartement *pour un ami* ; ils jouissent bien moins dans leur orgueil que dans leur besoin de distinction ; ils ne veulent pas être *quelqu'un*, mais *quelque chose*.

On se demandera si ce genre d'amour-propre qui suppose la vénération exagérée des titres sociaux n'est pas un résultat de la débilité mentale de nos malades ; nous ferons observer qu'au contraire, les débiles, même non délirants, sont très portés à s'attribuer des qualités exceptionnelles, à avoir, en un mot, cet orgueil personnel dont nous notons ici l'absence. On est également tenté d'expliquer leurs nuances en tant que mégalomanes, par la recherche du seul contraste avec leur

abaissement *social*. Ce mécanisme peut être en jeu, mais bien d'autres combinaisons pouvaient surgir, avec une vraisemblance égale.

Si nous avons tenu à marquer les *concordances* entre, d'une part, les tendances naturelles ou acquises de nos malades, et d'autre part la tenue de leur délire; si nous avons même accusé ces concordances minutieusement, c'est pour qu'on ne puisse pas nous reprocher de les méconnaître; mais nous nous réservons de prouver que leur importance, qui paraît d'abord assez grande pour nous expliquer tout le délire, est en réalité restreinte.

(*A suivre.*)

©BIUM

Statistique.

ENQUÊTE SUR L'IMPORTANCE DU ROLE JOUÉ DANS L'ALIÉNATION MENTALE PAR L'ALCOOL ET LES BOISSONS A BASE D'ALCOOL CONTENANT DES ESSENCES

Rapport présenté au Président du Conseil, ministre de l'Intérieur[1]

Par M. MIRMAN

Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques.

Paris, le 27 juin 1907.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Au moment où de tous côtés l'opinion s'émeut des ravages causés par l'alcoolisme et où de si généreux efforts se dépensent pour faire connaître l'étendue du mal et décider chacun à en supprimer les causes, vous avez pensé qu'il serait utile d'ouvrir une enquête spéciale dans les divers établissements d'aliénés, afin de déterminer le nombre exact des malades chez lesquels l'aliénation mentale a eu pour cause exclusive ou adjuvante l'intoxication alcoolique.

Cette enquête, à laquelle MM. les médecins des asiles ont collaboré avec un zèle dont il sied de les remercier

(1) Extrait du *Journal officiel*, numéro du mardi 3 juillet 1907.

©BIUM

ici, a été dépouillée très attentivement ; les résultats complets en ont été transmis à la Commission d'hygiène de la Chambre des députés, et vous avez estimé qu'il y aurait intérêt à ce qu'un résumé très succinct en fût publié ; c'est ce résumé que j'ai l'honneur, Monsieur le Président du Conseil, de vous présenter ici.

1° *Nombre des aliénés alcooliques.*

Les malades dénombrés dans l'enquête ont été classés en trois groupes.

Le premier, groupe A, comprend tous les cas d'alcoolisme simple, quelle qu'en soit la forme (confusion mentale, délire hallucinatoire, épilepsie, affaiblissement des facultés, paralysie générale, etc...), où l'intoxication alcoolique a été reconnue comme cause exclusive des troubles cérébraux.

Le second, groupe B, comprend les cas d'alcoolisme présentant l'un ou l'autre de ces caractères, savoir : que le cas soit compliqué de dégénérescence ou de débilité mentale, ou qu'il ait été constaté en même temps de l'alcoolisme nettement défini chez les ascendants.

Enfin, le troisième, groupe C, comprend les cas de folie de toute espèce (manie, folie intermittente, paralysie générale, délires systématisés, etc.), qui, sans être des cas d'alcoolisme proprement dits, comptent l'intoxication alcoolique au nombre de leurs causes déterminantes.

Le nombre des aliénés de ces divers groupes s'élevait, le 1er janvier 1907, aux chiffres suivants :

Désignation.	Hommes.	Femmes.	Total.
Aliénés du groupe A. . . .	2.287	721	3.008
Aliénés du groupe B. . . .	2.237	1.048	3.285
Aliénés du groupe C. . . .	2.538	1.101	3.639
Total des trois groupes.	7.062	2.870	9.932

©BIUM

Le nombre des aliénés de divers ordres soignés dans les établissements spéciaux étant au 1er janvier de 71,547, le nombre d'aliénés que nous appellerons alcooliques étant de 9,932, on voit que ces derniers constituent 13.60 p. 100 du contingent global des asiles.

2° *Proportion des aliénés alcooliques par département.*

Départements.	Nombre total d'aliénés au 1er janvier 1907.	Nombre total d'aliénés alcooliques.	Moyenne p. 100 d'alcooliques.
Ain	1.698	69	4,06
Aisne	1.187	158	13,31
Allier	747	89	11,75
Alpes-Maritimes	811	100	12,21
Ardèche	955	111	11,62
Ariège	425	75	17,55
Aude	947	43	4,54
Aveyron	519	62	11,95
Bouches-du-Rhône	2.314	277	11,97
Calvados	1.198	251	20,95
Cantal	308	27	8,77
Charente	674	39	5,79
Charente-Inférieure	504	62	12,10
Cher	466	156	33,48
Corrèze	477	51	10,69
Côte-d'Or	687	25	3,65
Côtes-du-Nord	1.831	269	14,69
Eure	905	156	17,24
Eure-et-Loir	565	118	20,89
Finistère	1.362	293	21,52
Garonne (Haute-)	976	36	3,68
Gers	462	9	1,95
Gironde	1.681	325	19,33
Hérault	736	48	6,52
Ille-et-Vilaine	1.076	178	16,54
Indre-et-Loire	631	20	3,17
Isère	1.040	79	7,60
Jura	1.159	192	16,57
Loir-et-Cher	418	50	11,70
Loire (Haute-)	1.052	84	7,99
Loire-Inférieure	794	46	5,90
Loiret	682	120	17,60
A reporter.	29.337	3.728	

Départements.	Nombre total d'aliénés au 1er janvier 1907.	Nombre total d'aliénés alcooliques.	Moyenne p. 109 d'alcooliques.
Report.	29.337	3.728	
Lot	774	113	14,60
Lot-et-Garonne	372	63	16,92
Lozère	452	36	7,97
Maine-et-Loire	976	185	18.95
Manche	1.930	236	12,23
Marne	594	83	13,99
Marne (Haute-)	710	131	18,45
Mayenne	623	159	23,92
Meurthe-et-Moselle	1.839	177	9,63
Meuse	503	93	18,49
Morbihan	762	130	17,06
Nièvre	744	131	17,61
Nord	3.192	434	13,60
Oise	1.655	216	13,05
Orne	508	139	27,36
Pas-de-Calais	906	51	5,74
Puy-de-Dôme	988	56	5,67
Pyrénées (Basses-)	913	34	3,71
Rhône	2.870	583	20,28
Sarthe	793	180	22,70
Savoie	660	159	24,09
Seine	10.186	1.530	15,02
Seine-Inférieure	1.988	456	22,94
Seine-et-Oise	?	9	?
Sèvres (Deux-)	785	133	17,45
Somme	535	68	12,71
Tarn	802	55	6,86
Tarn-et-Garonne	571	53	9,28
Var	710	33	4,65
Vaucluse	1.506	338	22,44
Vendée	613	67	10,93
Vienne	173	10	5,71
Vienne (Haute-)	977	112	11,46
Vosges	18	»	»
Yonne	636	61	9,12
Total général.	71.547	9.932	13,60 (Moy. génér.)

Ces chiffres ne pourront être utilement interprétés qu'avec les plus grandes précautions ; chacun d'eux à vrai dire demanderait un commentaire spécial, dont l'étendue dépasserait les limites de cet exposé ; il faudrait, en effet, pour chaque asile, examiner s'il recrute

©BIUM

ses malades dans le seul département où il est placé, ou si, au contraire — et ce cas est très fréquent — il reçoit des malades (et de quelle catégorie?) d'autres départements, et en particulier de la Seine (1).

L'asile de Clermont (Oise) est un asile commun aux départements de l'Oise, de Seine-et-Marne et de Seine-et-Oise; le chiffre de neuf aliénés alcooliques qui se trouve cependant indiqué en face du nom de ce dernier département correspond à un établissement spécial, de faible importance. Il en est de même pour les Vosges, dont les aliénés sont placés à l'asile public de Maréville (Meurthe-et-Moselle). La Dordogne ne figure pas sur le tableau, car ce département, d'une part ne contient pas d'établissement privé, d'autre part envoie tous ses aliénés dans l'asile du Lot (2).

Le département du Cher figure sur le tableau avec 156 aliénés alcooliques, ce qui donne une proportion de 33.48 p. 100; ce chiffre apparaîtrait comme absolument anormal si l'on perdait de vue que ces 156 malades comprennent 121 alcooliques de la Seine, placés à la colonie familiale de Dun-sur-Auron.

Ces exemples suffisent à faire comprendre les précautions minutieuses qui s'imposeraient pour se mettre à l'abri des plus graves erreurs d'interprétation.

---

(1) Le 1er janvier 1906, 5.642 aliénés de la Seine étaient répartis dans les asiles des départements; 25 de ceux-ci en contenaient plus de 100.

(2) Vingt départements sont dans une situation analogue à la Dordogne, savoir : Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ardennes, Corse, Creuse, Dordogne, Doubs, Drôme, Gard, Indre, Landes, Loire, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Haut-Rhin, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Haute-Savoie, Seine-et-Marne, Vosges.

3° *Aliénés alcooliques par âge.*

Désignation.	Hommes.	Femmes.	Total.
Moins de 20 ans	55	136	191
20 à 30 ans	743	184	927
30 à 40 ans	1.731	476	2.207
40 à 50 ans	2.162	860	3.022
50 à 60 ans	1.467	711	2.178
60 à 70 ans	752	402	1.154
70 à 80 ans	144	88	232
Plus de 80 ans	8	13	21
Total . . .	7.062	2.870	9.932

4° *Boissons responsables.*

Désignation.	Hommes.	Femmes.	Total.
Absinthe	1.372	165	1.537
Eau-de-vie	1.911	720	2.631
Cidre ou bière	453	211	664
Vin	1.275	480	1.755
Apéritifs divers	2.051	1.294	3.345
Total . . .	7.062	2.870	9.932

5° *Comparaison des années* 1897-1907.

Il eût été fort intéressant de pouvoir étendre le champ de comparaison, et nous avons demandé les renseignements correspondant aux années 1867-1877-1887-1897. Malheureusement, le nombre des établissements qui ont pu nous fournir à cet égard des indications précises est beaucoup trop restreint pour que nous puissions en faire état, et même pour la date la plus rapprochée, celle de 1897, 36 départements (1) seulement ont pu

(1) Ain, Aveyron, Calvados, Charente, Charente-Inférieure, Corrèze, Côte-d'Or, Eure, Eure-et-Loir, Haute-Garonne, Gers, Gironde, Hérault, Jura, Loir-et-Cher, Loire-Inférieure, Loiret, Lot-et-Garonne, Lozère, Manche, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Morbihan, Nord, Oise, Puy-de-Dôme, Basses-Pyrénées, Savoie, Deux-Sèvres, Somme, Tarn-et-Garonne, Vendée, Vienne, Yonne.

©BIUM

recueillir des statistiques utilisables, c'est donc sur ces deux dates, 1897-1907, et sur ces 36 départements que la comparaison peut porter, et elle donne les résultats suivants :

Aliénés alcooliques en 1897	2.540
Aliénés alcooliques en 1907	3.988

soit, en dix ans une augmentation de 57 p. 100; ce chiffre suffirait à lui seul à légitimer toutes les inquiétudes.

Tels sont, Monsieur le Président, les résultats généraux essentiels fournis par l'enquête que vous avez ordonnée ; il y a lieu de considérer d'ailleurs qu'ils ne peuvent révéler qu'une partie du mal produit, même à ce point de vue spécial, par l'alcoolisme : on n'a dénombré ici en effet que les aliénés alcooliques, et l'on n'a pas cru pouvoir rechercher le nombre — important sans aucun doute, mais échappant à toute enquête sommaire comme celle-ci — des aliénés non alcooliques, mais dont l'aliénation mentale a été déterminée cependant par quelque hérédité alcoolique.

Veuillez agréer, Monsieur le Président du Conseil, l'assurance de mon respectueux dévouement.

Le directeur de l'assistance
et de l'hygiène publiques,

MIRMAN.

©BIUM

Médecine légale

UN CAS D'ÉPILEPSIE LARVÉE

Par le Dr H.-O. SCHLUB

Médecin à la Maison de santé de Préfargier (Neuchâtel).

Suite (1).

J'ai trouvé, dans la littérature psychiatrique qui est à ma portée, seize cas de meurtre ou de tentatives de meurtre, commis dans un état crépusculaire. Dans quelques-uns de ces cas, l'épilepsie a été constatée chez l'assassin, de sorte qu'on a le droit d'invoquer cette névrose comme cause de l'état crépusculaire, tandis que chez les autres l'épilepsie reste douteuse, soit que d'autres symptômes épileptiques n'aient pas été observés, soit que la possibilité de cette maladie n'ait pas été discutée. Ces cas rentreraient alors dans le cadre de la somnolence ou de l'ivresse du sommeil dite essentielle.

Je cite d'abord les cas qui ont comme base l'épilepsie. Ils sont au nombre de cinq.

Epilepsie reconnue.

Premier cas. — Dans la nuit du 22 au 23 avril 1870, le nommé Théophile Piednoir, vigneron, âgé de vingt-six ans, tua ses parents à coups de bâton. Cet homme était affecté

(1) Voir les *Annales* de juillet-août 1907.

©BIUM

d'épilepsie dès son jeune âge. Il savait lire et écrire, mais il passait dans le pays pour un pauvre imbécile inoffensif. Les derniers temps avant le crime, ses attaques d'épilepsie semblaient un peu plus fréquentes, se répétant jusqu'à cinq ou six fois par semaine, avec une durée et une intensité croissantes. C'est dans ces moments qu'il quittait la maison, courant sans savoir où, dans un état d'hébétude et d'obtusion de l'intelligence, ignorant ce qu'il voulait, ce qu'il faisait; puis il devenait sombre, rêveur.

Dans la soirée du 22 avril, vers cinq heures, il se promenait dans la cour en sifflant, comme on le voyait souvent faire quand il avait ses attaques du « haut mal », parlant souvent du bon Dieu et de la sainte Vierge, qui venaient causer avec lui, la nuit. Vers 7 h. 1/2, le père et la mère se disposaient à se coucher. Le fils couchait dans la chambre de sa mère, qui n'était séparée de celle du père que par une cloison et communiquait avec elle.

Vers le milieu de la nuit, à peine habillé, dans un état d'exaltation, Piednoir se met à courir chez son parrain, casse la fenêtre d'un de ses voisins, se dirige chez son beau-frère, comme c'est son habitude dans ces mauvais moments, disant qu'il est « rempli de rage », et ajoute : « J'ai travaillé fort cette nuit. » Puis il veut aller chez le curé, on a peine à l'en détourner; enfin on le conduit à sa demeure, où se découvre le drame épouvantable du double assassinat. Les cadavres du père et de la mère Piednoir sont étendus, la tête baignant dans une mare de sang, affreusement mutilés par des coups de bâton que le meurtrier reconnaît pour son arme.

A l'interrogatoire que subit Piednoir, il déclare « que c'est bien volontairement qu'il a donné la mort à son père et à sa mère. Oui, c'est bien moi qui les ai tués, et ce n'est pas sans peine, ajoute-t-il. Je suis héritier de tout malheur, connaisseur de toutes choses, je vous vois tous en cœur, mes chers amis ».

Le 24 avril, Piednoir fut transféré à la prison d'Orléans. Lors de la première visite des médecins experts, Piednoir semblait calme, son intelligence paraissait obtuse et comme engourdie. Il répondait néanmoins aux questions les plus simples, cherchant à se rappeler certains faits, sa physionomie paraissant immobile et n'indiquant pas la moindre émotion quand il s'expliquait sur l'assassinat. Il disait aux médecins qu'il tombe du haut mal depuis son enfance, il se rappelait parfaitement des détails de l'événement, mais il ne pouvait se

©BIUM

rappeler ni les instruments, ni les détails de l'action. Il ne savait en reconnaître le mobile, seulement il répondait : « Il fallait que ça se fît, un autre à sa place en eût fait autant. Je sentais comme si j'étais poussé à le faire, il est certain qu'un autre dans ma position eût fait comme moi, il était impossible de me retenir. Oui, c'est un grand malheur, c'était ma destinée, c'est une chose qu'il fallait qui fût faite, comme ça me le disait. C'est abominable, c'est pitoyable, et j'en ai bien regret, car mon père travaillait bien et ma mère la même chose. J'aurais vécu avec mon petit bien et ma petite femme, parce que je voulais me marier, et mes parents se seraient occupés avec nous. Je ne sais pas comment Dieu va prendre cela. »

Un des gardiens de la prison déclarait que dans la nuit du 27 au 28, et durant toute la journée, Piednoir aurait eu plusieurs accès sans tomber, que dans l'un de ces accès il demanda un couteau. Le malade ne se rappelait rien, à ce sujet.

Les médecins experts conclurent que Piednoir était affecté d'aliénation mentale dans la nuit du 22 au 23 avril, qu'il était encore aliéné et qu'il y avait lieu de le considérer comme dangereux.

Il fut placé dans un asile d'aliénés d'Orléans, où il mourut un mois après sa séquestration, à la suite d'accès répétés d'épilepsie (1).

Second cas. — Dans la nuit du 8 au 9 avril 1873, le nommé Holzapfel, garçon confiseur âgé de dix-huit ans, habitant Charlottenbourg, tirait à coups de revolver sur ses camarades de chambre. Il en tuait deux et blessait grièvement un troisième. A ce dernier il disait que ce n'était que pour plaisanter, qu'il payerait tout, pourvu qu'on ne le rende pas malheureux.

Tandis que le blessé prenait la fuite, Holzapfel allumait un cigare, endossait ses habits de dimanche et quittait la maison en tube et en pantouffles, après avoir parcouru plusieurs fois la cour et avoir écouté aux portes comme s'il craignait une surprise.

Vers le matin, il racontait dans un café à Berlin que des cambrioleurs avaient tué deux de ses amis, et que lui-même

(1) Payen. Rapport sur l'état mental de Théophile Piednoir, inculpé d'un double assassinat. *Annales médico-psychologiques*, 1871.

©BIUM

avait pu échapper. Chez un coiffeur, où il se faisait raser la barbe et couper les cheveux, il racontait que quatre malfaiteurs l'avaient attaqué ainsi que deux de ses camarades, et que ceux-ci probablement étaient tués.

Il partait pour Francfort-s-O. et trouvait un emploi. Le lendemain, on ne s'apercevait de rien d'anormal chez lui. Le surlendemain il fut arrêté et niait tout, mais disait se rappeler vaguement qu'on lui avait dit qu'il avait tiré et que depuis il ne songeait qu'à la fuite.

Il fut constaté que quelques jours avant cette nuit malheureuse, Holzapfel avait raconté à ses camarades qu'il avait rêvé se trouver en promenade avec eux et que des bêtes sauvages les attaquaient. Un de ses camarades lui criait de leur tirer dessus et il voulait prendre le revolver qui se trouvait suspendu au-dessus de sa tête. Il fut réveillé par le fait que l'arme tombait sur son lit.

Il avait acheté ce revolver de peur des cambrioleurs en commun avec un de ses camarades, le même qui, dans le rêve cité, lui criait de tirer et qui fut aussi une des victimes de la nuit néfaste.

L'expertise médico-légale faite sur Holzapfel par cinq médecins révélait les détails suivants : sa famille était très tarée, un oncle et une tante étaient épileptiques. De sept à quatorze ans Holzapfel avait été sujet à des frayeurs nocturnes. Il courait au milieu de la nuit en chemise par la chambre en criant : « Les voilà qui m'attrappent. » A partir de quatorze ans, changement de caractère. Il devenait méchant, têtu, excentrique, irascible, il commettait des vols et se rendait très suspect d'avoir mis le feu à une maison après une correction reçue. Il niait obstinément les vols, quoiqu'on eût les preuves en mains. Encore peu avant l'assassinat on avait trouvé chez lui des objets appartenant à son patron, qu'il prétendait avoir ou trouvés ou achetés.

Cette faiblesse d'intelligence se manifestait aussi dans les lettres adressées depuis la prison à ses frères, lettres dans lesquelles il disait, par exemple, que l'Église chrétienne prenait son origine de la religion catholique.

Holzapel n'avait pas bu le soir de la nuit critique, mais il faisait l'impression d'être angoissé.

Il se rappelait qu'on lui avait ôté de force le revolver, mais il n'avait pas entendu les détonations. Il se rappelait également avoir vu couler le sang de ses victimes. Ses souvenirs

©BIUM

de la fuite étaient fort incomplets. Il ne voulait jamais admettre avoir été atteint d'aliénation.

Trois des cinq experts concluaient à la responsabilité entière en l'absence de toute maladie. L'un le déclarait épileptique et le cinquième admettait une responsabilité limitée en raison de sa tare héréditaire. Le tribunal le condamnait à mort, mais il fut gracié et condamné à la réclusion à vie.

La Société médico-psychologique de Berlin était également partagée au sujet de l'état mental de Holzapfel. Des autorités comme Liman et Westphal le disaient criminel, tandis que Ideler, Mendel et d'autres le déclaraient malade.

Les événements ultérieurs ont prouvé que ces derniers avaient raison, puisque durant son séjour en prison on observait à plusieurs reprises des états semblables à celui de la nuit fatale : il se levait souvent pendant la nuit et démolissait une fois un poêle. Toujours après l'accès il était abattu, avait des maux de tête et ne se rappelait pas ce qui s'était passé. Krafft-Ebing, qui a résumé l'histoire de ce malheureux, n'hésite pas à le déclarer épileptique (1).

Troisième cas. — Schmid, employé de commerce, vingt-neuf ans, est né d'une mère névropathe, atteinte de convulsions, a souffert lui-même de convulsions jusqu'à l'âge de cinq ans. A partir de cette époque, jusqu'à l'âge de neuf ans, on a observé chez lui des états de somnambulisme. Dans la période qui suivait, le malade était très nerveux, irritable et facile à épouvanter. A partir de seize ans, il eut de violents maux de tête, des tristesses habituelles, un caractère morose, une grande irritabilité émotive. A l'âge de dix-huit ans, tentative de suicide non motivée avec des allumettes. Jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, il eut souvent des accès d'angoisse et d'oppression sans motif, accès pendant lesquels il errait de tous côtés et était profondément troublé intellectuellement. Ces accès (petit mal) duraient quelques heures. Pendant une certaine période, le malade souffrit annuellement d'accès de vertige; tout devenait alors

(1) Falk. Ueber den Holzapfel'schen Mordprocess, *Archiv für Psychiatrie*, 1874. — Discussion à la Société médico-psychologique de Berlin. Même journal. — Delbrück. Ueber den körperlichen und geistigen Gesundheitszustand des Strafgefangenen Franz Holzapfel. Même journal. — Krafft-Ebing. Ueber Dämmer-und Traumzustände. *Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie*, 1897-1899.

©BIUM

noir devant ses yeux, et son intelligence s'obnubilait. Il entreprit un commerce et s'associa, en 1875, avec un autre individu. Ses affaires allèrent mal, son associé était malhonnête. Depuis le commencement du mois d'avril 1876, sommeil troublé, maux de tête, rêves terrifiants, difficulté à distinguer entre ses songes et la réalité lorsqu'il se réveillait le matin, dépression allant jusqu'au *tædium vitæ*.

Dans la nuit du 5 au 6 mai 1876, il rêva que son associé malhonnête était devant lui et le menaçait. Il se réveilla, hors de lui, chercha une arme pour tuer son camarade qui couchait dans la même chambre et que, dans sa confusion, il identifia avec le personnage du rêve. Pendant qu'il cherchait sans succès une arme, il reprit ses sens et reconnut dans quel danger il s'était trouvé, ayant été sur le point de tuer un innocent.

Le 6, au matin, il était déprimé, et l'après-midi, voulant se distraire, il alla se promener dans le parc de la ville. Tout d'un coup, il fut pris de vertige, tout était noir devant ses yeux, une peur terrible le saisit. Il lui sembla que les passants l'attaquaient et le poursuivaient. Pris d'une angoisse indicible, il se sauva à toutes jambes, sans savoir où. Dans cette fuite, il ne voyait plus son entourage qu'avec des contours vagues.

Il ne saurait dire combien de temps il a couru. Enfin, il s'affaissa, hors d'haleine, et pria un gardien de la paix, qui passait par là, de le protéger. Quand on l'amena à l'hôpital, ce qui eut lieu immédiatement, il avait la mine anxieuse et bouleversée, son intelligence était visiblement obnubilée. Le soir, il devint lucide et dégagé de son angoisse. Au côté gauche de la pointe de la langue il y a une cicatrice. Le malade nie avoir eu des accès épileptiques proprement dits.

Comme l'observation ultérieure n'a permis de constater rien de notable, sauf une certaine dépression, le malade fut relâché sur sa demande (1).

Quatrième cas. — Le nommé Verre, âgé de trente-huit ans, ancien professeur d'anglais, est né de parents entre lesquels existait une grande différence d'âge. Le père avait dix-huit ou vingt ans de plus. La mère, migraineuse, était extrêmement religieuse, tandis que le père avait des idées toutes différentes, d'où résultaient souvent des querelles. Leur fils unique s'était toujours bien porté ; on ne relève dans ses antécédents d'enfance

(1) Krafft-Ebing. *Traité clinique de psychiatrie*, traduit par Laurent. 1897.

©BIUM

et d'adolescence que le fait suivant : il lui arrivait souvent de se représenter tout à coup dans une haute situation, amiral ou général commandant un combat, orateur enthousiasmant la foule, etc. Ces idées de satisfaction, très variables dans leur forme, persistaient pendant un certain temps, mais n'arrivaient à leur complet développement que lorsqu'il pouvait s'échauffer par une action violente comme une course rapide. La course terminée, l'illusion s'évanouissait. Vers sa trente-quatrième année, il commença à avoir des vertiges et des impulsions bizarres. Il a plusieurs fois perdu connaissance en faisant sa classe et faisait des grimaces. On l'aurait vu se rendant en plein jour dans une maison de tolérance, et il aurait été pour ces raisons mis en congé. Rentré dans la maison paternelle, il a épousé les idées de sa mère, qu'il a poussées jusqu'au mysticisme. Il faisait sans cesse des tentatives pour convertir son père. Il avait de temps en temps des vertiges, il était sujet la nuit à des hallucinations, généralement d'un caractère religieux. La mort de sa mère l'avait rendu mélancolique et avait exagéré ses tendances religieuses.

Il se réveille une nuit entendant son père lui demander un verre d'eau, il se lève pour le lui donner. A peine s'est-il recouché que son père lui demande de ranger quelques objets, il se relève et fait ce que son père désirait. Après s'être recouché de nouveau, il raconte qu'alors il eut une hallucination, dans laquelle il vit son père se tirer les dents les unes après les autres. Il éprouva un sentiment d'horreur inexprimable, se précipita sur un lourd crucifix avec lequel il frappa son père à coups redoublés, tellement que la mort s'ensuivit. Après les premiers coups, il a perdu connaissance et ne se souvient de rien, affirmait-il.

Depuis son entrée dans un asile, en 1887, il n'a jamais eu d'attaques convulsives; il se plaint de trouble subit, mal de tête, serrement à la gorge, éructations durant quelques minutes; quelquefois il pâlit et paraît perdre connaissance, d'autres fois, il continue à parler. Il est sujet à de grandes irrégularités de caractère, il se répand quelquefois en menaces sans motifs et va jusqu'à frapper des malades inoffensifs. Ordinairement il est calme et triste, concentré. Son intelligence est considérablement affaiblie. Ses troubles, au nombre de quatre à cinq par mois, ne paraissent pas modifiés par le bromure (1).

(1) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890.

©BIUM

CINQUIÈME CAS. — Tschije a relaté dans l'*Obozrénié psichiatrii*, 1900, le cas suivant d'épilepsie larvée, qui se trouve analysé dans les *Archives de Neurologie* de 1902.

Dans une métairie du gouvernement d'Esthonie, vivaient un vieillard de soixante ans avec sa femme de cinquante ans, son fils Jacques avec sa femme et un enfant à la mamelle, son fils Jean, âgé de vingt-deux ans, et un jeune berger de onze ans, à leur service. Ils dormaient tous dans la même chambre. Le 13 mai 1894, à 10 heures, Jean s'en alla chercher des clous chez un menuisier, son voisin, qui demeurait à une verste, ne but point et s'en revint se coucher, un accordéon en main, à 11 heures. Le berger aurait été réveillé dans la nuit par du vacarme, des cris; il aurait vu Jean frapper en cadence, à l'aide d'une bûche, sur Jacques couché dans son lit, sortir ensuite de l'isbah, afin d'uriner, rentrer, le regarder, se recoucher. A un autre moment, Jean aurait frappé à coups de triques sa belle-sœur qui s'enfuyait.

Quoi qu'il en soit, de grand matin, le vieillard réveillait le berger en lui recommandant d'aller chercher le père de sa femme qui avait été assassinée. Lui-même, debout, ensanglanté, gémissait. Une heure plus tard, le beau-père trouvait sa fille morte sur le lit, près du mur; à côté d'elle, gisait, sanglant et se plaignant, son mari; sur le plancher était étendue sans vie la femme de Jacques, dont le cadavre occupait le lit familial. Jean dormait. La justice saisit une bûche et une hache pleines de sang, la première près de la porte, l'autre sur le lit de Jean; pas de taches ailleurs, nulle trace de vol.

On réveilla Jean afin de l'interroger. Il ne répondit pas et parut si étrange qu'on le plaça à côté de son père, sous la remise, gardé à vue.

De sa bouche perlait une écume rouge, son oreille droite était contusionnée. Le vieillard dit que Jean l'avait frappé. On les emmena. Durant le trajet, Jean, excité, faisait mine de vouloir sauter du wagon, mais ne parlait pas, et restait debout, pitoyable.

Jean avait donc tué sa mère, son frère, sa belle-sœur, et mortellement frappé son père, sans aucun motif. Son attitude est étrange jusqu'au 25 mai, il ne parle pas ou répond seulement : oui, oui. Le 11 juin, il se déclare bien portant et ne se souvient de rien. Une observation, prolongée pendant près d'un an, révèle simplement une cicatrice de 3 centimètres de long à la limite du frontal et du pariétal gauches. Aucun antécédent

©BIUM

nerveux, alcoolique, criminel. Les conditions déraisonnables dans lesquelles a opéré l'assassin, la brutalité de son massacre d'ailleurs inachevé, sa manière d'être ultérieure, tout prouve que dans la nuit du 13 au 14 mai 1894 Jean était malade. Il a été la proie d'un accès d'agitation violente, inconscient, de nature épileptique, ainsi que le montrent ses actes, son obnubilation psychique du lendemain et des jours suivants, l'écume sanglante de la bouche et l'éclat métallique terne des yeux, également noté à cette période.

Épilepsie douteuse.

Premier cas. — Brierre de Boismont relate dans son livre sur les hallucinations le cas du père de lord Culpeper, fameux comme rêveur, que raconte Lely dans les *Portraits historiques de Lodge*.

Cet homme comparut en 1686 pour avoir tué un garde et son cheval. Il plaida le somnambulisme et fut acquitté en produisant environ cinquante témoins, qui attestèrent les choses extraordinaires faites par lui dans son sommeil (1).

Second cas. — Dans la première édition du *Traité sur les hallucinations*, de Brierre de Boismont (1845), se trouve l'histoire très connue du religieux endormi qui veut tuer son supérieur. Brierre cite comme source la *Physiologie du goût*, 1828, de Brillat-Savarin, tandis que Legrand du Saulle, dans *La Folie devant les tribunaux*, tout en la racontant dans les mêmes termes que Brierre, cite comme auteur Fodéré, qui la tenait d'un témoin oculaire.

Le fait est qu'un soir, tard dans la nuit, le prieur d'un couvent français vit entrer un frère dans son appartement, où lui, le prieur, était assis devant son bureau. Le religieux avait les yeux ouverts, mais fixes; il était vêtu de son habit de nuit et tenait un grand couteau à la main. Il se dirigeait vers le lit et frappait trois grands coups de couteau tellement fournis qu'après avoir percé les couvertures, la lame entra profondément dans le matelas. Quand il eut frappé, son visage était détendu et il y régnait quelque air de satisfaction. Il s'en retourna comme il était venu, ouvrant et fermant avec discrétion les portes.

---

(1) Legrand du Saulle. *La Folie devant les tribunaux*, 1864.

©BIUM

Le lendemain le prieur lui demandait à quoi il avait rêvé la nuit précédente. A cette question, il se troubla. Mon père, dit-il alors, à peine étais-je couché, que j'ai rêvé que vous aviez tué ma mère, que son ombre sanglante m'était apparue pour demander vengeance. A cette vue, j'ai été transporté d'une telle fureur, que j'ai couru comme un forcené à votre appartement, et, vous y ayant trouvé, je vous ai poignardé. Puis après, je me suis réveillé tout en sueur, en détestant mon attentat, et bientôt j'ai béni Dieu qu'un si grand crime n'ait pas été commis.

Ce religieux était connu comme étant d'une humeur mélancolique, d'un caractère sombre. On le savait aussi somnambule. Quelquefois, dans ses accès, il sortait de sa cellule et y rentrait seul; d'autres fois il s'égarait et on était obligé de l'y reconduire. On avait consulté et fait quelques remèdes; ensuite, les rechutes étant devenues plus rares, on avait cessé de s'en occuper.

Il ne fut pas puni, ayant agi indépendamment de sa volonté, mais désormais sa cellule fut fermée en dehors, le soir, jusqu'à la pointe du jour.

Troisième cas. — Deux paysans, père et fils, couchaient après une journée de chasse dans deux chambres entre lesquelles la porte était ouverte. Ils avaient tous deux comme d'habitude leurs fusils auprès de leur lit, vu que déjà plusieurs fois des cambrioleurs avaient pénétré dans la maison. Pendant la nuit le père allait au cabinet; en rentrant il faisait grincer la porte. A l'instant le fils saute hors du lit et frappe son père d'un coup de fusil au cœur et se rue sur la victime qui tombe, en criant : « Chien, que viens-tu faire dans l'alcôve? » Alors il voit que c'est son père.

A l'instruction, le fils disait qu'il avait sauté du lit, saisi le fusil et tiré dans la direction où il avait entendu le grincement de la porte. Il ne se rappelait pas avoir vu quelqu'un ou avoir crié. Il était convaincu avoir agi étant endormi.

Des renseignements obtenus sur la famille du malheureux tireur il ressortait les détails suivants. Le père avait été sujet aux vertiges, aux angoisses et aux rêves inquiétants. Souvent dans la nuit il avait crié au voleur; une fois il avait guetté, sabre à la main, un chat qui grimpait le long d'un contrevent. Une autre fois il menaçait avec le sabre sa femme, qui comptait de l'argent tard, dans la nuit; il avait cru voir un corps énorme.

©BIUM

Le frère aîné du meurtrier était aussi sujet aux vertiges et avait le sommeil agité par des rêves angoissants.

Le meurtrier lui-même était alors âgé de vingt-sept ans. Depuis dix ans il souffrait de maux de tête, et pendant la pleine lune il avait des rêves anxieux. Il se croyait alors en danger et maltraité, il se réveillait d'habitude quelques minutes après. Une crise pareille fut aussi observée à la prison (1).

Quatrième cas. — Les cas du nommé Schidmaizig a été cité par bien des auteurs, pour la première fois par Klein en 1791 dans les *Annalen der Gesetzgebung und Rechtsgelehrsamkeit in den preussischen Staaten*. Je le cite d'après Krafft-Ebing : *Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie*, 1892.

Le journalier Schidmaizig s'était couché à huit heures du soir avec sa femme et ses deux enfants dans une grange ouverte. Vers minuit il se réveillait brusquement et voyait un spectre qui se dirigeait vers lui. Il criait deux fois plein d'angoisse : « Qui vive? » Pas de réponse, mais le spectre s'approchait encore davantage de lui et avait l'air de vouloir le saisir. Alors Schidmaizig portait un coup au spectre avec la hache qu'il avait toujours près de lui. Celui-ci tombe en poussant un cri. Alors l'idée lui vient qu'il a peut-être tué sa femme. Il s'agenouille, prend la tête ensanglantée dans ses bras et crie : « Suzanne, reviens à toi. » Il appelle sa fille pour qu'elle aille voir si la mère dormait encore, puis il l'envoie dire à la grand'mère qu'il avait assommé sa fille. Plein d'angoisse, il court au prochain village, passe le reste de la nuit dans un grenier et demande le matin qu'on le traduise devant le juge. Il était très émotionné, pâle et tremblant.

Schidmaizig jouissait d'une renommée parfaite, il n'était pas alcoolique, mais d'un caractère irritable. Il vivait dans les meilleurs termes avec sa femme, il niait être sujet aux rêves, et dans la nuit fatale il ne se rappelait pas avoir rêvé.

Le professeur de jurisprudence Meister, à Göttingue, le déclarait irresponsable, ayant agi dans un état d'ivresse du sommeil.

Cinquième cas. — Un journalier se réveillait subitement

---

(1) Gudden, Die physiologische und pathologische Schlaftrunkenheit. *Archiv für Psychiatrie*, 1905. D'après Succow. Hat F. seinen Vater in der Schlaftrunkenheit erschossen? *Henke's Zeitschrift für Staatsarzneikunde*, 1851.

©BIUM

au milieu de la nuit et vit une personne en blanc qui s'approchait du lit de sa femme. Il veut l'appeler, mais ne peut pas. Voyant cette personne se pencher sur le lit comme si elle voulait saisir sa femme, il prend un bâton lourd et frappe le spectre. Alors il entend gémir et tomber. Il quitte son lit et s'aperçoit que celui de sa femme est vide; alors une angoisse terrible le prend à l'idée que cette personne en blanc aurait pu être sa femme.

Le corps inanimé de sa femme gisait en effet devant son lit; elle était probablement sortie et avait réveillé son mari en rentrant.

Ce journalier était connu pour ses rêves agités et angoissants. Toujours, quand on le réveillait brusquement, il était sujet à des angoisses et à une forte transpiration (1).

Sixième cas. — Legrand du Saulle rapporte dans *La Folie devant les tribunaux* (1864), le cas suivant :

Le 1er janvier 1843, un jeune homme se présente dans une auberge près de Lyon, demande à souper et choisit un appartement pour la nuit. Sur les dix heures du soir, l'aubergiste entend du bruit dans la chambre de l'étranger. Il s'empresse d'y monter, mais à peine est-il entré qu'il est frappé avec la lame d'une paire de ciseaux de tailleur d'habits. Ce jeune homme, saisi et désarmé, est interrogé sur le motif qui l'a poussé au crime; il répond qu'il a vu l'aubergiste tuer deux hommes, qu'il l'a entendu comploter de l'assassiner, et qu'alors il s'est décidé à vendre chèrement sa vie. Transféré dans les prisons de Lyon, cet accusé, dans tous les interrogatoires qu'il a subis, a fait preuve d'un grand sens et d'une intelligence ordinaire. Il a narré de nouveau tout ce qu'il a vu, entendu et senti; son récit a toujours été celui d'un homme convaincu, sans passion, qui se réjouit d'avoir échappé à un grand danger.

Sur le rapport des Drs Chapeau et Tavernier, une ordonnance de non-lieu a été rendue.

Septième cas. — Jean Kolzarew, âgé de dix-neuf ans, est réveillé en sursaut par son frère Michel. Il saute de son lit, saisit un couteau de cuisine qui se trouve sur sa table de nuit, et en frappe son frère, qui meurt le lendemain. L'instruction a démontré que Jean aimait beaucoup son frère, avec lequel il n'avait eu aucune querelle; qu'il ne pouvait même pas s'at-

(1) Gudden. *Op. cit.* d'après Wildberg : Tödtung der Ehefrau in der Schlaftrunkenheit. *Jahrbuch der Staatsarzneikunde*, 1837.

©BIUM

tendre à sa visite, et, enfin, qu'il lui était déjà plusieurs fois arrivé d'entrer, brusquement éveillé, en fureur.

Les médecins experts, consultés par le tribunal, admirent la possibilité d'un état mental anormal de l'inculpé pendant le crime, d'autant plus que la veille au soir il avait la fièvre et se plaignait d'un malaise général. Le Sénat, ne trouvant pas dans la réponse des médecins experts une affirmation assez nette et explicite, condamne l'inculpé aux travaux forcés (1).

Krafft-Ebing cite dans son *Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie* (1892), sous la rubrique : Ivresse du sommeil, trois cas qui rentrent dans le cadre de nos considérations.

Huitième cas. — Un agent de police entendait, au milieu de la nuit, des cris pleins d'angoisse qui partaient d'une maison : « Sauvez mes enfants ! » Il pénétrait dans la maison et y trouvait une femme en chemise de nuit, excessivement agitée. Dans la chambre il régnait un désordre complet. Deux petits enfants se tenaient accroupis dans un coin, la femme criait sans cesse : « Où est mon nourrisson, l'avez-vous ramassé, je l'ai jeté par la fenêtre. » La malheureuse avait en effet jeté son enfant à travers les fenêtres fermées dans la rue, rêvant que ses autres enfants criaient au feu. Elle voulait le sauver de la mort (2).

Neuvième cas. — Une autre femme, habitant Budapest, rêvait qu'un chien la poursuivait. Pour s'en défendre, elle voulait lui lancer des pierres, et prenait pour une pierre sa fillette qui dormait à son côté. Elle la lançait de toute ses forces contre la paroi (3).

Dixième cas. — Un jeune homme de caractère irritable, sujet aux rêves, et connu dans sa famille comme somnambule, avait l'habitude de tenir auprès de son lit fusil et sabre, vu qu'il habitait une maison isolée dans un pays peu sûr.

Un matin, son frère venait de bonne heure le chercher pour aller à la chasse. Réveillé par le grincement de la porte, le jeune homme se précipitait sur son frère, brandissant le sabre. Celui-ci lui saisit à temps le bras et l'appela de son nom. Alors le jeune homme revint à lui.

---

(1) Publié par Sokolow dans les *Archives de médecine légale et d'hygiène publique de* 1867, un journal russe, sous le titre : Fratricide commis dans l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil. Analysé dans les *Annales médico-psychologiques*, 1869.

(2) Bucknill et Tuke. *Manuel de médecine psychologique*, 1862.

(3) Schwartzer. *Bewusstlasigkeitszustände als Strafausschliessungsgrund.*

©BIUM

Un matin suivant, le père du jeune homme entrant de bonne heure dans la chambre, fut tué par lui d'un coup de fusil. Ce furent la détonation et le cri de la victime qui réveillèrent complètement l'auteur du crime, et qui lui permirent de se rendre compte du malheur (1).

ONZIÈME CAS. — Dans la nuit du 2 au 3 octobre 1901, un employé de chemin de fer près de Munich, fut attaqué par un cambrioleur. L'employé se réveillait à temps pour éviter un coup de hache du voleur et pour le forcer à se sauver. Mais cet accident l'avait rendu craintif, et, pour le rassurer, on plaçait un fusil et un pistolet dans le bureau du chef de gare.

Le 13 octobre, donc dix jours après, ce même employé était de nouveau de service pour la nuit. Il avait fait une course avec sa famille pendant l'après-midi et bu deux litres de bière.

Après avoir mis les signaux pour le passage d'un train de marchandise à minuit, il s'endormit dans le bureau du chef de gare, ayant fermé la porte à clef.

Il ne fut pas réveillé par l'entrée en gare du train, et le chef de train dut aller vers le bureau pour faire signer ses papiers. Il était suivi de deux autres employés. Le chef de train frappait à la porte et essayait de l'ouvrir, mais il tombait mort, frappé par une balle en pleine poitrine. Immédiatement après, le tireur parut sous la porte, prêt à se défendre. Les deux employés lui criaient : « Chien, tu as tué notre chef de train, on va t'assommer. » Il répondit : « N'ai-je pas bien fait? » et il visait l'un d'eux. On réussit à lui arracher le fusil, mais il se sauva dans le bureau, ferma la porte, tira encore un coup de pistolet et monta au premier étage réveiller le chef de gare. Il se rencontre avec lui dans l'escalier, répétant : « Je ne me laisse pas assommer. »

Traduit devant le tribunal, le malheureux tireur disait qu'il avait dormi et qu'il croyait entendre les cambrioleurs forcer la porte du bureau. Il les avait menacés de tirer, mais puisqu'ils ne répondaient pas, il avait mis sa menace à exécution. Le tribunal l'acquitta, ayant agi dans un état d'inconscience. Une expertise médicale n'avait pas eu lieu (2).

---

(1) Schillinger. Tödtung in Schlaftrunkenheit verübt. *Casper's Vierteljahrschrift*, 1857.

(2) Gudden. *Op. cit.* (*A suivre.*)

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 24 JUIN 1907

Présidence de M. DENY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Devaux, Juquelier, Phulpin, Riche, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Bussard, médecin-adjoint de la maison de santé de Neuilly-sur-Seine, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Christian, Ritti, Semelaigne, rapporteur ;

2° Une lettre de M. le Dr Dupouy, chef de clinique de la Faculté de médecine, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Joffroy, Magnan, Vigouroux, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Une série de brochures de M. le Dr Joseph Antonini, directeur de l'asile des aliénés de la province d'Udine : *La loi sur les asiles d'aliénés en Italie et les aliénés criminels* ; — *La vie d'un manicome moderne* ; — *Sur le diagnostic précoce de la pellagre* ;

2° Une série de brochures de M. le Dr Del Greco ; *Sur la psychologie pathologique* ; — *Déficit et mentalité* : — *Sur la psychologie de l'individualité anormale* ;

3° Les *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de mai 1903.

©BIUM

Rapports de candidature.

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, vous m'avez chargé, à votre dernière séance, de présenter un rapport sur les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Paul Hartenberg, qui désire être admis parmi nous en qualité de membre correspondant.

Le Dr Hartenberg fit ses études médicales à la Faculté de Nancy. En 1895, il y soutenait sa thèse sur l'*Elément psychique dans les maladies*. Il vint alors à Paris, où il exerça la pratique de son art, se consacrant de préférence aux questions de neurologie et de psychologie.

Parmi ses nombreuses publications, je mentionnerai :

Un essai d'une psychologie de la suggestion ;

La peur et le mécanisme des émotions ;

Les instincts et les réactions instinctives en psychologie humaine ;

La névrose d'angoisse ;

Une méthode de traitement de certaines phobies ;

Un procédé spécial pour provoquer le sommeil artificiel ;

Psychologie de la timidité ;

Les timides et la timidité ;

Les formes pathologiques de la rougeur émotive ;

La phobie du regard ;

L'origine organique de certaines phobies ;

La détresse des psychasthéniques ;

Histoire et guérison d'un cas d'anorexie nerveuse ;

La physionomie et le caractère ; etc.

Messieurs, votre Commission vous prie de bien vouloir accorder au Dr Hartenberg le titre de membre correspondant.

M. Hartenberg est élu membre correspondant à la majorité des suffrages.

M. TOULOUSE. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Arnaud, Klippel et Toulouse, rapporteur, pour examiner la candidature de M. Olivier, au titre de membre correspondant de notre Société.

M. Olivier, après cinq années d'internat à l'asile de

©BIUM

Blois, a été nommé médecin-adjoint au dernier concours. Il occupe actuellement le poste de médecin-adjoint à l'Asile de Saint-Ylie.

Dans sa thèse, soutenue en 1903 devant la Faculté de Paris, et portant le titre : « Etudes critiques relatives à l'internement des aliénés réputés criminels », M. Olivier a cherché à montrer qu'aucun caractère distinctif ne différencie les aliénés criminels des autres aliénés.

Dans deux communications faites à notre Société, M. Olivier s'est fait connaître de nous. En octobre 1905, il présentait une observation qui a pour objet l'étude « d'un délire de persécution systématisé curable chez un alcoolique » ; en février 1906, il communiquait ici même, en collaboration avec M. Marchand, une observation de « délire chronique par hallucinations psychiques ».

Parmi les autres travaux, plusieurs ont été faits en collaboration avec MM. Doutrebente et Marchand. Voici leur énumération :

Paralysie générale conjugale, endartérite spécifique de l'artère basilaire chez le mari. *Rev. de Psychiatrie*, novembre 1904 (en collaboration avec M. Marchand).

Un cas d'hypothermie chez un paralytique général. *Journal de Neurologie*, 1905 (en collaboration avec M. Marchand).

Syndrome de confusion mentale d'origine hépato-gastrique. *Ann. méd.-chir. du Centre*, 23 juillet 1905.

Paralysie générale tardive et méningite scléro-gommeuse du lobule paracentral droit. *Congrès de Rennes*, août 1905 (en collaboration avec MM. Doutrebente et Marchand).

Sarcome latent du nerf moteur oculaire commun. *Société anat.*, 27 octobre 1905 (en collaboration avec M. Marchand).

Sclérose symétrique des lobes occipitaux chez un idiot épileptique et aveugle. *Société anat.*, 3 novembre 1905 (en collaboration avec M. Marchand).

Psychose aiguë par auto-intoxication gastro-intestinale et rénale. *Ann. méd.-chir. du Centre*, 3 décembre 1905 (en collaboration avec M. Doutrebente).

Obsession hallucinatoire à forme de perversion sexuelle. *Ann. méd.-chir. du Centre*, 21 janvier 1906.

©BIUM

Excitation maniaque rémittente et épilepsie. *Ann. méd.-chir. du Centre*, février 1906.

Un cas d'état de mal épileptique avec conservation de la conscience. *Ann. méd.-chir. du Centre*, août 1906 (en collaboration avec M. Marchand).

Diabète et troubles mentaux. *Gaz. des hôp.*, 6 septembre 1906 (en collaboration avec M. Marchand).

De la paralysie générale sénile. *Revue de psych.*, août 1906.

Epilepsie tardive, démence et hémiplégie symptomatiques de méningo-encéphalite chronique. *Soc. anat.*, 19 octobre 1906 (en collaboration avec M. Marchand).

Délire hallucinatoire chronique ; méningo-encéphalite chronique. *Soc. anat.*, 19 octobre 1906 (en collaboration avec M. Marchand).

Lésions nerveuses syphilitiques et méningo-encéphalite diffuse subaiguë. *Soc. anat.*, 11 janvier 1907 (en collaboration avec M. Marchand).

Aphasie d'émission et de réception totale, amnésie rétro-antérograde généralisée chez une hystérique ayant présenté antérieurement du délire hallucinatoire, des crises convulsives et des accidents cataleptiques. *Ann. méd.-chir. du Centre*, 2 février 1907.

Du pronostic de la fièvre typhoïde établi d'après l'action des bains froids sur la température périphérique. *Arch. gén. de méd.*, février 1907 (en collaboration avec M. Marchand).

Ces brèves indications montrent que M. Olivier est un travailleur et s'intéresse aux diverses connaissances de notre spécialité, à l'anatomie pathologique comme à la clinique. Plusieurs de ses publications ont été justement remarquées.

En conséquence, nous vous proposons d'accueillir M. Olivier parmi nous au titre de membre correspondant.

M. Olivier est élu membre correspondant à la majorité des suffrages.

©BIUM

Traumatismes craniens et troubles psychiques,

par M. A. VIGOUROUX.

L'observation que j'ai l'honneur de vous communiquer n'est qu'une très modeste contribution à l'étude clinique des troubles mentaux consécutifs aux traumatismes.

D... (Philippe), âgé de cinquante ans, peintre en bâtiment, entre à l'asile de Vaucluse, le 22 décembre 1906.

Il avait été envoyé à Sainte-Anne, de l'hôpital de la Charité, avec le diagnostic du Dr Campenon : *excitation cérébrale*, et était resté huit jours à l'Admission, où le Dr Magnan avait noté de l'*excitation intellectuelle avec illusions, interprétations délirantes et des idées de persécution*, de la *réticence et des violences par intervalle*.

A son entrée dans le service, D... est calme, mais il présente une confusion mentale extrême : il paraît à peine comprendre les questions posées, il y répond très mal. Il ne peut donner aucun renseignement sur lui-même, ne sait pas où il est, ignore qu'il a été à l'hôpital de la Charité, et naturellement ne peut dire quels sont les motifs de son entrée.

Il est tranquille, discipliné, fait sa toilette, mange régulièrement. Il parle seul parfois, dit des paroles peu compréhensibles ; il demande à s'en aller, veut retourner chez lui.

L'examen physique nous révèle l'existence d'une cicatrice relativement récente de la région temporale gauche et une fracture consolidée de l'extrémité inférieure du radius gauche.

Le teint est très pâle, les pupilles sont égales et réagissent, la parole n'est pas embarrassée, les réflexes rotuliens sont un peu forts.

Les urines ne renferment pas d'albumine ; après une injection sous-cutanée d'une solution de bleu de méthylène, la coloration apparaît au bout d'une demi-heure et continue jusqu'à vingt-trois heures.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est positive deux heures et quatre heures après.

Le malade est mis au régime lacté absolu.

Quelques jours après son entrée, D... est moins confus, il prête attention aux questions posées et cherche à y répondre.

Il nous dit qu'il est peintre en bâtiment, qu'il habite la B..., aux environs de Paris, qu'il vit depuis seize ans avec une femme dont il a eu un enfant mort de pneumonie, qu'il a eu les

©BIUM

coliques de plomb il y a huit ans, etc. ; mais ses souvenirs s'arrêtent aux événements récents qui ont pu amener son entrée à l'hôpital, et plus tard, son entrée à l'Asile. Il ne sait pas avoir été à l'hôpital ni à l'Asile Sainte-Anne, il ne se rappelle pas avoir vu sa femme depuis qu'il a quitté son domicile.

En même temps que cette amnésie portant sur les événements récents, nous notons une amnésie portant sur les événements actuels : il ne peut conserver aucune notion nouvelle (amnésie de fixation). Par exemple, il nous demande où il est, à quelle date nous sommes, etc. ; nous lui disons et lui faisons répéter : la date est le 25 décembre 1906, nous sommes à Vaucluse, commune d'Epinay-sur-Orge, Seine-et-Oise. Il le répète avec nous et paraît satisfait. Quelques minutes plus tard, il a oublié ce qu'il vient d'apprendre, et il nous le demande de nouveau avec une certaine anxiété.

Cinq jours après son entrée, sa femme vint le voir ; elle nous apprit que le 23 novembre il était tombé d'une hauteur de 7 à 8 mètres. Un échafaudage élevé dans l'intérieur d'un restaurant s'étant écroulé par suite du déplacement d'une barre de fer, D... était tombé sur le poignet gauche et sur la tête ; il perdit connaissance.

Transporté à l'hôpital de la Charité, il resta huit jours dans un état comateux ; l'avant-bras était cassé, la plaie de la tête peu importante.

Il sortit du coma au bout de huit jours, mais il ne reprit pas nettement conscience de son état. Il reconnaissait sa femme, mais lui tenait des propos incohérents ; il ne se rendait pas compte de l'endroit où il était, et avait perdu tout souvenir de l'accident qui lui était arrivé.

Le 19 décembre, il présenta une crise d'excitation, cassa des carreaux, et fut transporté à Sainte-Anne.

Sa femme confirme les renseignements concernant sa santé : (il n'a eu qu'une fois des coliques de plomb, il n'avait pas de néphrite, il buvait peu), ainsi que les renseignements qu'il avait fournis sur sa profession, sa famille, etc. ; sa femme le trouva beaucoup moins confus ; pour la première fois, il lui a demandé les causes de son entrée, et a paru s'intéresser à la relation de son accident.

La visite de sa femme lui fit, en effet, du bien ; le lendemain, il se rappelle avoir reçu la visite de sa femme, mais il ne se souvient pas de ce qu'elle lui a raconté.

L'amnésie de fixation dura huit jours encore, mais diminua progressivement d'intensité, et huit jours plus tard, non seulement il sait où il est, et se rappelle la visite de sa femme, mais il se rappelle ce qu'elle lui a dit la veille, et en particulier les diverses circonstances de son accident.

©BIUM

Si bien qu'à ce moment il peut raconter où et comment est survenue sa chute, mais il n'a pas recouvré le souvenir réel de cet événement dont il était le principal acteur, il le sait parce qu'on le lui a dit et le raconte comme si c'était une autre personne qui eût subi l'accident.

Après trois semaines de séjour à l'Asile, D... sortit ne présentant plus de confusion mentale, n'ayant plus d'amnésie de fixation, mais ayant conservé l'amnésie de l'accident lui-même et des circonstances qui l'ont précédé et suivi.

Ce cas intéressant par certains côtés est complexe, et sa complexité même l'empêchera d'apporter une contribution à l'éclaircissement de la pathogénie si obscure des troubles mentaux post-traumatiques.

Ce malade, en effet, était un ancien saturnin, et bien qu'il ne fût pas un alcoolique avéré, la glycosurie alimentaire qu'il présentait montrait qu'il était en état d'insuffisance hépato-rénale ; de sorte qu'il est bien difficile d'affirmer quel est, dans la pathogénie des troubles mentaux complexes qu'il a présentés, agitation, confusion, amnésie antéro-rétrograde, amnésie de fixation, la part qui revient au traumatisme et celle qui revient à l'auto-intoxication.

Toutefois, l'amnésie simple et l'amnésie rétro et antéro-grade, si souvent observées après les traumatismes craniens (Motet, Rouillard, Féré, etc.), peuvent être mis sur le compte du traumatisme, alors que l'amnésie de fixation, la confusion, l'agitation me semblent devoir être plutôt rapportés à l'auto-intoxication. Nous avons vu, en effet, ces différents symptômes s'amender progressivement sous l'influence du régime lacté, alors que l'amnésie persistait.

Enfin, un point qui m'a paru plus spécialement intéressant est la difficulté du diagnostic clinique mental en présence d'un tel malade, sur lequel aucun renseignement n'aurait été fourni, la confusion mentale, exagérée par l'amnésie, rendant tout interrogatoire impossible, et la cicatrice des blessures, relativement anciennes (un mois), n'attirant pas suffisamment l'attention sur l'étiologie traumatique possible.

©BIUM

Discussion.

M. Picqué. — Le fait de M. Vigouroux me paraît fort intéressant et rentre dans une catégorie que j'ai désignée sous le nom de troubles mentaux précoces post-traumatiques, et fait décrire à mon élève, M. Violet, dans sa thèse. Les faits de ce genre échappent le plus souvent au chirurgien, et cependant la connaissance de ces faits pourrait peut-être permettre d'étendre le champ des interventions opératoires et empêcher la production des accidents tardifs qui amènent le malade à l'asile un temps plus ou moins long après le traumatisme. Quant aux aliénistes, la connaissance de ces mêmes faits ne peut manquer de les intéresser, car elle éclaire l'histoire des psychoses d'origine traumatique.

M. Pactet indique combien il est important d'être renseigné sur les antécédents du malade pour pouvoir rattacher les troubles qu'il présente à un traumatisme. Il se rappelle avoir observé un homme qui présenta les signes de la paralysie générale à la suite d'un accident. Si on n'avait eu les renseignements fournis par la famille du malade, on aurait fait une erreur de diagnostic. En effet, le malade sortit guéri de l'asile au bout de peu de temps.

M. Vallon fait remarquer que, dans les cas analogues à celui que vient de rapporter M. Pactet, la disparition des signes de la paralysie générale ne permet pas de dire qu'il ne s'agit pas de paralysie générale. On observe dans cette affection des rémissions parfois très longues, plus ou moins complètes. Le nom de « progressive » qu'on lui donne n'est donc pas toujours mérité. Lorsque les symptômes de la paralysie générale apparaissent à la suite d'un traumatisme, c'est probablement que le traumatisme a déterminé dans l'encéphale une poussée congestive. Cette poussée congestive peut cesser rapidement, mais peut aussi aboutir à la sclérose et déterminer des troubles durables. Baillarger avait déjà observé que la folie congestive peut aboutir à la paralysie générale.

La séance est levée à 5 h. 45.

J.-M. Dupain et A. Vigouroux.

©BIUM

SÉANCE DU 29 JUILLET 1907.

Présidence de M. DENY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Juquelier, Riche et Trénel, membres correspondants, assistent à la séance.

Mort de M. J. Christian.

M. le PRÉSIDENT a la douleur d'annoncer à la Société la perte cruelle qu'elle vient de faire en la personne de M. Christian, qui prit une part si active à nos discussions et qui fut président de notre Compagnie.

Notre savant et regretté collègue laisse toute une série de travaux qui occupent une place distinguée dans notre spécialité. Nous adressons à sa famille nos très sincères sentiments de condoléance.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, j'ai reçu de la famille de M. Christian la copie des clauses suivantes du testament de notre regretté collègue :

« Je lègue, en mon nom et pour obéir aux dernières « volontés de ma femme, à la Société médico-psycho- « logique, la somme de dix mille francs, dont les « revenus doivent être remis chaque année à un interne « des asiles d'aliénés (de Paris ou de province) momen- « tanément gêné, soit pour terminer ses études, soit « pour payer sa thèse.

« L'attribution de ce prix sera faite par le bureau « de la Société médico-psychologique. Le prix ne pourra « être partagé. En même temps, le candidat recevra un « exemplaire des trois mémoires que j'ai publiés « (*Mélancolie*; *Epilepsie*; *Démence précoce*). Ce sera « un souvenir. (Ces livres sont en dépôt chez Masson, « libraire de l'Académie de médecine.)

« Je lègue en outre, en mon nom personnel et en « celui de ma femme, une somme de cinq mille francs à « l'Association mutuelle des médecins aliénistes, dont « j'ai l'honneur d'être le président.

©BIUM

« Ces deux sommes sont données de la main à la « main, sans frais d'aucune sorte.

« Fait à Paris, le 1er juin 1907.

« Signé : J. CHRISTIAN. »

M. le PRÉSIDENT charge M. le Secrétaire général de se faire l'interprète de la Société auprès de la famille de M. Christian, en lui exprimant nos profonds sentiments de condoléance pour la perte douloureuse qu'elle vient de faire, en même temps que nos vifs remerciements pour la nouvelle des libéralités qui sont faites à la Société médico-psychologique et à l'Association mutuelle des médecins aliénistes.

La séance est levée en signe de deuil, et est reprise dix minutes après.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend des lettres de remerciements de MM. Hartenberg et Maurice Olivier, élus membres correspondants à la dernière séance.

La correspondance imprimée comprend :

1° Une série de communications relatives au Congrès des Sociétés savantes, envoyées par M. le ministre de l'Instruction publique ;

2° *L'idiotie acquise et la démence chez les épileptiques*, par M. L. Marchand ;

3° Le fascicule VII des travaux de la Faculté de médecine de l'Université impériale japonaise de Tokio.

M. le PRÉSIDENT adresse les félicitations de la Société à M. Gilbert Ballet, à l'occasion de sa nomination à la chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie de la Faculté de Paris.

Rapports de candidature.

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez bien voulu me charger de vous présenter un rapport sur les titres et travaux de M. le Dr Bussard, qui demande à faire

©BIUM

partie de notre Société, en qualité de membre correspondant.

Le Dr Bussard, inscrit à la Faculté de médecine de Paris en 1893, était reçu en 1896 externe des hôpitaux, et débutait à la Salpêtrière, dans le service de Falret. Interne de la maison nationale de Charenton, de 1900 à 1903, il devenait ensuite médecin-adjoint du Dr Accolas, dont il quitta l'établissement en mai 1905, pour entrer, également comme médecin-adjoint, à la maison de santé de Saint-James, à Neuilly-sur-Seine. Ainsi que vous le voyez, de bonne heure attiré par l'étude des maladies mentales et nerveuses, il s'y est aujourd'hui définitivement consacré. Tout dernièrement, notre Société a récompensé ses efforts en lui décernant un prix pour son mémoire sur les « Sorties à titre d'essai ».

Depuis plus de deux ans que le Dr Bussard est mon collaborateur, j'ai appris à le connaître, et par suite à l'estimer ; aussi suis-je heureux d'avoir été choisi pour vous demander, au nom de votre Commission, de bien vouloir lui accorder le titre de membre correspondant.

Conformément à ces conclusions, M. Bussard est élu, à l'unanimité, membre correspondant.

M. Vigouroux. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Magnan, Joffroy et Vigouroux de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Roger Dupouy au titre de membre correspondant. Au nom de cette Commission, je viens vous demander de conférer à M. Dupouy le titre qu'il sollicite et qu'il mérite à tous égards.

M. Dupouy, en effet, chef de clinique des maladies mentales, médecin-adjoint des Asiles publics d'aliénés, est déjà, par ses travaux en médecine générale et en psychiatrie, bien connu par la plupart d'entre vous.

Successivement externe des hôpitaux (1898) et interne provisoire des hôpitaux (1903), M. Dupouy est entré dans les asiles comme interne en 1903 ; docteur en 1904, il est devenu chef de clinique en 1906 et médecin adjoint des asiles en 1907.

Je me bornerai à citer ses travaux en médecine générale : *L'éther picrique en chirurgie et en dermatologie* (Gazette des hôpitaux, 22 septembre 1900) ; *Fracture d'une exostose épiphysaire du fémur, pseudarthrose*

©BIUM

(Gazette des hôpitaux, 6 juin 1901) ; *Anévrisme rompu dans la plèvre droite* (Société anatomique, 18 avril 1902) ; *Rupture spontanée intra-péritonéale de la vessie chez un aliéné. Etat de shock. Mort en six heures* (Société anatomique, février 1905).

Dans sa très intéressante thèse : *Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication*, Paris, 1904, thèse ayant obtenu une mention de l'Académie de Médecine au prix Lorquet, 1905, il met en lumière les principaux processus exo et endo-toxiques agissant sur un organisme prédisposé au point de vue mental, pour déterminer la production de troubles mentaux au cours des différentes périodes de la puerpéralité.

Dans une observation : *Hystérie avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche. Appoint alcoolique. Hallucinations multiples rapportées uniquement à ce même côté par le malade* (Archives de Neurologie, avril 1905), il étudie des hallucinations unilatérales multiples.

En collaboration avec le Dr P. Roy, il communique à la Société de Neurologie un cas d'*Amnésie localisée rétro-antérograde ayant débuté brusquement par un ictus chez un paralytique général* (Société de Neurologie, 11 mai 1905).

Dans un mémoire sur *La kleptomanie* (Journal de psychologie normale et pathologique (octobre 1905), il donne une observation recueillie dans le service de l'admission à l'Asile clinique, suivie de considérations intéressantes sur la kleptomanie.

Enfin il publie une curieuse observation de *Délire conjugal avec hallucinations des deux sujets ; visions colorées spontanées et commandées de l'un des éléments*, dans la Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale, novembre 1906.

Enfin nous ne ferons que citer pour mémoire les Conférences de pathologie mentale faites aux élèves de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie dans le service de la clinique des maladies mentales en 1906 et 1907.

Ce rapide exposé de la carrière et des titres de M. Dupouy suffit à vous montrer la valeur scientifique de notre jeune et laborieux collègue. La Société, en associant M. le Dr Dupouy à ses travaux, s'adjoindra un

©BIUM

collaborateur de grand mérite. Aussi la Commission vous propose-t-elle de lui conférer le titre de membre correspondant.

M. Dupouy est élu membre correspondant à la majorité des suffrages.

Traumatismes craniens et troubles mentaux. A propos de la communication de M. Vigouroux,

par M. Lucien Picqué.

Messieurs, dans notre dernière séance, notre collègue Vigouroux vous a présenté une observation de trouble mental consécutif à un traumatisme.

Permettez-moi de vous la rappeler en quelques mots. Il s'agissait d'un homme qui, à la suite d'une chute de 8 mètres eut à la fois une fracture de l'avant-bras et une contusion du crâne.

Après quelques jours de coma, il se produisit du délire et le malade fut envoyé de l'hôpital à l'asile. Notre collègue constata de la confusion mentale et de l'amnésie ; non seulement il avait perdu tout souvenir de son accident et des faits qui l'avaient suivi, mais il présentait en outre une amnésie de fixation qui l'empêchait de retenir ce qu'on lui disait. La confusion semblait à M. Vigouroux secondaire à l'amnésie.

Cet état fut de courte durée et le malade reprit peu à peu conscience de sa situation.

Il n'apprit que par sa femme qui venait le visiter les événements qui avaient motivé son internement.

Ce malade n'était pas alcoolique ; il avait présenté antérieurement des coliques saturnines.

Cette observation me paraît très intéressante et digne de retenir quelques instants notre attention.

Les accidents qui y sont signalés sont assez rarement observés dans l'asile.

Le plus souvent les malades sont conservés à l'hôpital, à moins qu'ils ne présentent des phénomènes d'excitation qui rendent dangereux leur maintien dans un service de chirurgie.

En tout cas, il y sont en général mal observés à ce

©BIUM

point de vue par le chirurgien qui n'accorde le plus souvent son attention qu'aux troubles sensitivo-moteurs, parce que seuls, ceux-ci donnent lieu à des indications opératoires précises.

La vraie signification des troubles psychiques lui échappe habituellement : il rattache ordinairement ceux-ci à l'intoxication alcoolique, à preuve la mention de délire alcoolique avec laquelle ils arrivent à l'asile.

Dans la classification que j'ai établie des troubles fonctionnels consécutifs aux traumatismes (voir la *Thèse* de mon interne Violet), j'ai donné une place particulière aux troubles semblables à ceux que présentait le malade de Vigouroux et je les ai désignés sous le nom de troubles mentaux précoces.

Ils doivent intéresser à la fois le chirurgien et l'aliéniste.

Dans une communication que je dois faire prochainement à la Société de chirurgie, je me propose d'attirer de nouveau l'attention de mes collègues sur ces faits.

Je veux leur montrer l'intérêt qu'il y a à tenir un compte égal des troubles sensitivo-moteurs et des troubles psychiques et à préciser le caractère de ces derniers.

Parfois, en effet, les troubles psychiques, même quand ils sont isolés, peuvent conduire le chirurgien, lorsqu'ils dépendent de l'infection à des indications opératoires nouvelles.

Mais ces faits me paraissent également intéressants pour l'aliéniste, car ils peuvent éclairer d'un jour nouveau la question des rapports des traumatismes craniens avec certaines formes d'aliénation mentale.

Après avoir occupé pendant de longs siècles et presque jusqu'à nos jours une place importante dans l'étiologie de la folie, la notion du traumatisme, pour des raisons que j'ai indiqués ailleurs, semblait avoir complètement disparu.

Les travaux importants de Christian et de Dubuisson étaient restés inaperçus.

Une légitime réaction se produit actuellement. En dehors de l'actualité que donne à cette question la loi de 1898 sur les accidents du travail, le rapport du traumatisme avec l'aliénation mentale me paraît présenter le plus grand intérêt au point de vue doctrinal,

©BIUM

et je pense qu'elle ne pourra être résolue que par la collaboration de l'aliéniste et du chirurgien.

Un malade présente un traumatisme récent du crâne avec ou sans plaie.

Quelles sont les lésions locales? rien n'est plus difficile à établir dans certains cas.

Chez un malade qu'a bien voulu me confier récemment le professeur Joffroy, et dont je dois présenter l'observation détaillée à la Société de chirurgie, les symptômes physiques et fonctionnels étaient nuls et cependant l'intervention démontra l'existence de lésions importantes caractérisées par une embarrure, des fissures multiples et une nappe purulente entre l'os et la dure-mère.

Supposons maintenant le malade guéri chirurgicalement. Or, à ce moment, la guérison mentale est-elle définitive? Comment fonctionne le cerveau? L'aliéniste seul peut fixer ce point important, et dans ma pratique hospitalière, j'ai constamment recours à lui pour établir le déficit cérébral possible au moment où le malade quitte l'hôpital. Or, ce déficit existe fréquemment. Parfois des troubles cérébraux temporaires peuvent se présenter après le traumatisme. Ceux que nous signale Vigouroux dans son observation et que j'avais décrits dans la thèse de Violet constituent en quelque sorte le premier chaînon d'une filiation pathologique qui part du traumatisme et peut aboutir à l'internement. Mais leur pathogénie est souvent complexe. Si, comme je le crois, ces accidents tiennent le plus souvent à une infection exogène, ils peuvent dans certains cas être l'expression de troubles hépatiques, comme peut-être dans le cas de Vigouroux.

Quoi qu'il en soit, cette chaîne pathologique est en général peu connue, parce qu'aux diverses phases de son évolution, que je me suis appliqué à indiquer dans une leçon clinique faite au Pavillon, le malade se trouve dans des milieux différents d'observation.

Quand le malade arrive à l'asile, que se passe-t-il, en effet? Le traumatisme cranien qui a été l'origine des accidents est parfois si ancien que le malade et son entourage en ont perdu le souvenir.

Les stigmates physiques peuvent être peu marqués et

©BIUM

passer inaperçus. Dans ces conditions, il est très difficile d'apprécier à leur juste valeur, si tant est qu'elles soient connues, les diverses phases cliniques de l'histoire pathologique présentée par le malade.

Je crois cependant que prévenu de ces faits le chirurgien et l'aliéniste peuvent contribuer utilement à l'étude des rapports du traumatisme avec certaines formes de l'aliénation mentale.

Le premier doit fixer par une intervention rationnelle les lésions du début, tenir compte des troubles divers qui peuvent se produire dans la sphère psychique depuis l'accident et établir qu'ils ont apparu en même temps que lui.

Le deuxième doit déterminer avec soin, soit au lit du malade, soit au cours des nécropsies pratiquées, la nature des stigmates physiques que le malade peut présenter du côté du crâne et aussi remonter, à l'aide d'une enquête minutieuse, la filiation clinique qui a amené le malade à l'asile. A ce point de vue, le syndrome dont Vigouroux nous a présenté un type intéressant a une importance réelle au point de vue des troubles tardifs.

On comprend que cette étude qui exige à la fois des connaissances chirurgicales et psychiatriques nécessite la collaboration de l'aliéniste et du chirurgien.

Au moment de l'accident, le chirurgien a besoin de s'appuyer sur l'aliéniste, comme, à l'asile, ce dernier a besoin du concours du chirurgien, aussi bien dans les cas de lésions diffuses traumatiques qui ont pu aboutir à la paralysie générale que dans les cas de lésions circonscrites qui ont entraîné des troubles comitiaux ou démentiels.

C'est, je crois, pour n'y avoir pas eu recours d'une façon systématique qu'on a pu jusque dans les derniers temps rejeter les idées anciennes sur l'influence du traumatisme et méconnaître son rôle dans la production de certains troubles mentaux.

DISCUSSION

M. Vigouroux demande, à propos de ce malade, pour quel motif il était à l'asile.

M. Picqué. — Ce malade a eu un accès de frayeur

©BIUM

pendant qu'il voyageait en chemin de fer. Il a sauté du train et s'est blessé. Il avait demandé lui-même son placement dans le service de clinique où il était en observation.

M. BRIAND insiste plus particulièrement sur l'intérêt que présente l'étude des rapports des traumatismes et des troubles mentaux, surtout depuis la loi sur les accidents du travail.

M. PICQUÉ. — En prenant la parole à propos du cas intéressant de M. Vigouroux, je n'ai pas eu la prétention d'envisager devant vous la question des psychoses d'origine traumatique. Je me suis borné à apporter ici quelques documents d'ordre chirurgical qui peuvent servir à leur étude, à insister en outre sur l'importance, à ce point de vue, des troubles mentaux précoces que nous observons souvent à l'hôpital et à faire ressortir l'intérêt, qu'il y a pour l'aliéniste et le chirurgien, d'étudier ensemble les traumatismes craniens récents ou anciens.

Quant au point de vue médico-légal, je serai tenté de répéter devant vous ce que j'ai eu l'occasion de dire à mes collègues de la Société de chirurgie. Je crois qu'il y a intérêt à envisager les faits dans leur simple objectivité.

Déjà notre collègue Ballet avait au Congrès de Lille, à propos de la communication de M. Brissaud, distingué le côté scientifique et le côté médico-légal dans la questions de rapports entre le traumatisme et certaines psychoses traumatiques : je crois qu'il avait raison, tout en me plaçant à un point de vue différent.

Il y a pour moi dans la question médico-légale des contingences qui ne peuvent à mon sens qu'obscurcir une question déjà si complexe.

Avec la jurisprudence actuelle basée sur de nombreux arrêts de la Cour de cassation, on arrive à constater les divergences considérables qui existent entre les faits scientifiques et l'interprétation des tribunaux. En ce qui concerne l'appendicite traumatique, qui a donné lieu à une discussion récente à laquelle Briand a fait allusion, on arrive à penser avec M. Sonnenburg que seules les appendicites spontanées seront considérées comme traumatiques quand un traumatisme aura été suivi d'une

©BIUM

crise d'appendicite, alors que les appendicites vraiment traumatiques, si tant est qu'elles existent, ne seront jamais considérées telles par les tribunaux, parce que les lésions de l'appendicite traumatique, si l'on accepte l'hypothèse de Sonnenburg, demandera toujours un temps très long pour se produire.

Je pense donc que, d'une façon générale, il y a avantage de séparer le côté scientifique et le côté médico-légal ; mais je ne fais qu'exprimer une opinion personnelle, car je suis trop nouveau venu dans une Société qui comprend d'éminents experts pour formuler une opinion exclusive à cet égard.

La séance est levée à 5 h. 45.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Annali di Freniatria e scienze affini

Année 1903.

I. — *Sur la microgirie. Rigidité spasmodique infantile. Syndrome de Little*; par le Dr Pellizi (fasc. 1). — D'une observation clinique de maladie de Little, suivie d'autopsie et d'examen histologique portant sur le cortex cérébral, le Dr Pellizzi tire les conclusions suivantes : Dans la *microgirie*, il y a lieu de distinguer deux formes principales, qui se différencient par des caractères facilement apparents, la *microgirie propre* et l'*ulégirie*. La microgirie propre, c'est la division de la circonvolution en une quantité de petits girus, se présentant comme un plissage du cortex. Dans cette forme, la circonvolution peut être ou rapetissée dans sa masse totale, ou de volume normal, ou même augmentée de volume ; le cortex n'est pas interrompu, son apparence superficielle est normale et les signes d'un processus pathologique discret se bornent à des altérations légères des méninges et des vaisseaux et à la prolifération de la névroglie. Dans l'*ulégirie*, les circonvolutions sont rapetissées dans toute leur masse, les sillons sont larges et béants, le cortex présente des solutions de continuité et sa surface est le siège de résidus de processus inflammatoire (érosions, aspérités, indurations cicatricielles, etc.). La microgirie est toujours déterminée par des processus pathologiques des méninges fines du cerveau et des vaisseaux sanguins : processus destructifs de méningo-encéphalite, polyencéphalite corticale, méningite suppurative pour l'*ulégirie* ; processus simplement inflammatoires non destructifs pour la *microgirie propre*. Le processus pathologique, déterminant la *microgirie*, agit de règle dans la vie fœtale à une époque plus ou moins éloignée, beaucoup plus rarement dans la vie extra-utérine. Dans les cas de *microgirie propre*, le proces-

©BIUM

sus remonte toujours à la vie fœtale. La diminution du nombre et du volume des éléments nerveux pyramidaux, qu'on observe dans la *microgirie propre*, peut être, non un défaut d'évolution primitive de leur structure, mais seulement une conséquence de la prolifération de la névroglie dans les stratus corticaux. Les deux formes de microgirie peuvent se trouver réunies, d'une façon variable, dans un même cas. Dans les cas d'*ulégirie*, on note généralement d'autres altérations destructives (hétéropie de la substance grise, porencéphalie, absence de corps calleux, etc.). La genèse de la rigidité spasmodique congénitale, qui est un symptôme clinique si fréquent de la *microgirie* sous toutes ses formes et avec ses complications anatomiques, est encore obscure. L'hypothèse qui paraîtrait s'accorder le mieux avec les faits constatés, serait l'existence de deux ordres de fibres, les unes excitatrices, les autres inhibitrices, dont, contrairement à l'opinion de Van Gehuchten, le trajet serait indépendant, aussi bien dans le tractus cérébral que dans le tractus spinal.

II. — *Les altérations de la respiration chez les mélancoliques et les paralytiques*; par le Dr G. Margaria (fasc. 1). — Nombreuses expériences dont voici les conclusions : Dans toutes les formes, il se produit de l'hypo ou de l'hyperactivité respiratoire, selon qu'il y a prédominance de dépression ou d'excitation. Dans la mélancolie simple, on n'observe pas d'anomalie véritable de la respiration. Chez les malades à forme dépressive, on rencontre constamment une diminution de l'activité respiratoire avec de temps à autre une inspiration plus profonde de compensation ; on rencontre aussi la respiration de Cheyne-Stokes, ou bien encore (dans les états compliqués de troubles graves de la sphère sensitive) une respiration irrégulière en rapport avec l'anxiété, avec aussi un tremblement émotif des muscles respiratoires. Chez les paralytiques, indépendamment de la maladie, la respiration est l'expression de l'état d'excitation ou de dépression dans lequel se trouve le malade ; il existe constamment un tremblement fin, continu, dû à un tremblement vibratoire des muscles respiratoires et qui se manifeste généralement dès le début de l'affection.

III. — *Notes anatomiques et histologiques sur quelques cas d'anencéphalie et d'amyélie*; par le Dr B. Pellizzi (fasc. 1). — Recherches portant sur la moelle spinale, le système nerveux périphérique et la rétine d'une série de fœtus monstres. Il s'en dégage que l'anencéphalie et l'amyélie ne sont que les résultats

©BIUM

d'une même cause, selon que la cause destructive a agi avec plus ou moins d'extension ; qu'elles sont la conséquence d'un défaut primitif de développement qui se manifeste dans les premières phases d'évolution, mais après la formation des vésicules secondaires, et qui intéresse le système nerveux et ses enveloppes mésodermiques.

IV. — *De l'hérédité et de quelques symptômes cliniques en rapport avec la pathogenèse des phrénasthénies* ; par le Dr B. Pellizi (fasc. 2.) — L'étude comparative de 40 cas d'idiotie, portant sur l'étiologie, l'histoire pathologique, l'examen physique et psychique, et l'éducabilité, donne les résultats statistiques suivants : la forme évolutive comporte 52,5 p. 100 des cas, la forme pathologique 32,5 p. 100, la forme douteuse 15 p. 100. Le déficit du 1er degré existe dans 15 p. 100 des cas, le déficit du 2e degré dans 52,5 p. 100, le déficit du 3e degré dans 32,5 p. 100. L'éducabilité est élevée dans 27,5 p. 100 des cas, médiocre dans 40 p. 100, nulle dans 32,5 p. 100. Le Dr Pellizzi conclut de ses recherches : que, en l'absence de phénomènes caractéristiques aigus, il n'est pas possible de diagnostiquer, d'une façon sûre, la nature d'une idiotie congénitale ou de la première enfance, sur la base des faits cliniques ; que la tendance moderne à restreindre le cadre des causes de l'idiotie vulgaire (dégénérative, congénitale, évolutive, biopathique), sur la base des critères cliniques introduits par Konïg et Freud, rencontre de nombreuses exceptions ; que l'hérédité neuropsychopathique est de règle, même chez les cérébroplégiques ; que l'observation clinique, l'identité des lésions pathologiques et des défauts de développement, les résultats statistiques indiqués plus haut doivent donner à penser que les rapports entre la pathogénie, la clinique et le dualisme moderne des idioties ne peuvent être admis qu'avec une grande réserve.

V. — *Études hématologiques sur la mort par inanition* ; par le Dr Vitige Tirelli (fasc. 2). — Recherches expérimentales donnant lieu aux constatations suivantes : Dans le jeûne absolu, le coefficient hémométrique s'abaisse de peu, mais progressivement jusqu'à la mort ; le taux alcalimétrique s'abaisse rapidement et progressivement ; le nombre des érythrocytes est supérieur à la normale ; le nombre des leucocytes diminue dans les premiers jours, puis remonte et dépasse la normale ; le sang circulant reste privé de germes. Le sérum sanguin des animaux, morts par inanition aiguë, a un pouvoir bactéricide supérieur à la normale. Durant les diverses phases du jeûne absolu, le rap-

©BIUM

port de fixation de l'oxygène et de l'hémoglobine se maintient dans les limites normales. La cristallisation de l'hémine se produit moins facilement et moins complètement sur le sang des animaux morts de faim, que sur le sang des animaux sains de même espèce.

VI. — *Sur les altérations des fibres nerveuses spinales et des ganglions intervertébaux dans quelques formes de psychoses chroniques*; par le Dr Francesco Burzio (fasc. 2). — D'une série d'observations cliniques et nécropsiques, que le Dr Burzio se propose de publier en détail, il extrait la substance anatomo-pathologique, condensée dans les conclusions qui suivent : Dans des psychoses chroniques sans base anatomique connue, les altérations de la moelle spinale sont fréquentes (11 cas sur 15) et représentées par des lésions de certains faisceaux des fibres nerveuses, particulièrement des cordons de Goll (10 cas). Ces altérations se présentent sous la forme de dégénérescence combinée avec celle des faisceaux pyramidaux croisés (3 cas). Le plus souvent ces lésions sont exclusivement localisées aux cordons postérieurs (8 cas). On note quelquefois, à côté de la dégénérescence des fibres nerveuses, des traces d'hypertrophie du tissu interstitiel. Le processus de prolifération du tissu interstitiel est fréquent dans les ganglions intervertébraux, associé aux altérations spinales, sous forme d'infiltration des cellules migratives dans la capsule ou le corps cellulaire ou d'infiltration diffuse tantôt des cellules rondes, tantôt des éléments jeunes oblongs (5 cas). Fréquemment le corps des cellules nerveuses des ganglions intervertébraux présente des altérations, généralement légères, caractérisées essentiellement par la dégénérescence ocro-globulaire et la diminution de la coloration de la substance chromatique (8 cas). Ces altérations des fibres nerveuses spinales et des ganglions intervertébraux s'associent souvent à l'atrophie des circonvolutions cérébrales et des cellules de la substance grise de la moelle spinale, à l'épaississement des parois des petits vaisseaux et de l'aorte et surtout aux processus pathologiques chroniques des différents viscères (foie, rein, rate).

VII. — *Le lacis nerveux péricellulaire dans le cortex cérébral*; par le professeur Roncoroni (fasc. 2).—Dans des travaux antérieurs, le professeur Roncoroni a montré l'existence, autour des cellules nerveuses du cortex cérébral, d'espaces blancs dépourvus de granulations, mais traversés par les fibrilles d'un lacis nerveux très subtil. De nouvelles études portant sur les

©BIUM

animaux et sur l'homme donnent à constater qu'un grand nombre de cellules ne présentent pas trace de ces espaces, et que ceux-ci, lorsqu'ils existent, ne sont jamais vides, mais traversés par les fibres du lacis nerveux en question. La formation de ces espaces ne peut donc être attribuée à un phénomène de rétraction cellulaire. On pourrait supposer que la réception des stimulus et la réaction à un stimulus, pour un certain nombre de cellules, se font par deux voies : 1° par les fibrilles des prolongements protoplasmiques et des cylindraxes ; 2° par le lacis nerveux péricellulaire et péridendritique. Ces indications ne permettent point, quant à présent, de déterminer quels sont les stimulus qui arrivent à la cellule ou en partent par chacune de ces deux voies ; elles tendent, en tout cas, à montrer que le mode de fonction des cellules nerveuses est plus complexe que ne le suppose la théorie du neurone.

VIII. — *Le tatouage en Sardaigne* ; par le Dr Masini (fasc. 2). — Des recherches portant sur un grand nombre de délinquants, de criminels, de prostituées et d'aliénés conduisent le Dr Masini aux conclusions suivantes : le tatouage en Sardaigne ne présente pas, même au point de vue des criminels, la valeur d'un fait ethnographique ; sa pratique chez les criminels et les prostituées résulte de l'imitation, de la contagion psychique et des caractéristiques communes aux uns et aux autres (analgésie, manque de sens moral) ; pour le médecin légiste, il peut être un très précieux indice au point de vue de l'identification morale.

IX. — *Note anatomique et histologique sur un cas de microcéphalie vraie et un cas d'hydrocéphalie interne congénitale* ; par le Dr Pellizzi (fasc. 3). — L'examen microscopique des différentes régions du cortex pour ce qui concerne le premier cas (microcéphalie) confirme les observations antérieures (raréfaction des cellules pyramidales moyennes et grandes, prédominance des cellules fusiformes et des cellules polymorphes et arrondies, surabondance des cellules géantes). Dans le deuxième cas (hydrocéphalie), le Dr Pellizzi n'a pas constaté le caractère embryonnaire des éléments nerveux corticaux et il attribue ce fait à l'âge avancé de son sujet (16 ans) ; mais il a noté la diminution des fibres corticales de tout ordre, la confusion et la raréfaction des cellules pyramidales moyennes et grandes et des cellules pyramidales. Ces troubles qualitatifs et quantitatifs sont d'autant plus accentués que les parois hémisphériques sont plus amincies et paraissent résulter de la compression énorme

©BIUM

exercée par le liquide ventriculaire, compression qui s'oppose au développement complet des éléments nerveux.

X. — *Sur le phénomène de la myasthénie chez les épileptiques*; par le Dr M. Giuseppe (fasc. 3). — Après avoir été considérée comme un symptôme particulier d'une seule maladie, la réaction myasthénique a été reconnue dans un certain nombre d'affections. Le Dr Giuseppe l'a constatée chez les épileptiques, au cours d'expériences nombreuses, dont il se propose de publier les résultats complets. Pour aujourd'hui, dans une note-préface, il se contente d'indiquer l'existence de ce phénomène, ses rapports avec les accès convulsifs et les temps qui les précèdent et les suivent, et cette constatation, d'ordre général, que la durée de la réaction myasthénique et de la période pendant laquelle elle se manifeste, est proportionnelle à l'intensité de l'accès.

XI. — *Contribution à l'étude de l'appareil réticulaire dans les muscles striés de quelques mammifères*; par le Dr C. Martinotti (fasc. 3). — L'examen microscopique des muscles chez le lapin et le cobaye d'âges divers, en état d'atrophie consécutive à l'inanition et à la section des nerfs, montre que les altérations des lacis striés et du sarcoplasme ne suivent par la même marche et ne sont pas solidaires les unes des autres. On en pourrait conclure que dans la constitution histologique du muscle strié, l'appareil réticulaire représente quelque chose de tout différent du sarcoplasme.

XII. — *Du prétendu neurocoque de Bra dans le sang des épileptiques*; par les Drs V. Tirelli et A. Brossa (fasc. 3). — Les recherches poursuivies par les auteurs sur un assez grand nombre d'épileptiques, en vue de vérifier les résultats de Bra, ont été négatives. Ils n'ont constaté l'existence d'aucun germe, d'aucun microorganisme qui puisse être tenu comme ayant un rapport de causalité avec les accès convulsifs. Les Drs Tirelli et Brossa sont amenés à ne voir dans la forme spéciale, décrite par Bra, que des fragments d'érythrocytes sans activité.

XIII. — *Sur les conditions psychiques de R. A...*; par le Dr Bellini (fasc. 3). — Expertise médico-légale concernant un maniaque délinquant.

XIV. — *De quelques caractères psycho-physiques de la femme*; par le Dr N. Marotta (fasc. 3). — Considérations de psychologie sociale, dont la conclusion est que la femme doit être maintenue dans les limites que lui a assignées la nature, et que le féminisme, au moins celui qui tend non à perfectionner, mais à déformer, est une erreur.

R. Charon.

©BIUM

Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale.

ANNÉE 1903

I. — *Un cas de suicide à deux*; par le Dr G. Obici (fasc. I). — Deux amants, au cours d'un de leurs habituels rendez-vous, décident de mourir ensemble et vont se jeter dans une mare. La fille est noyée; le garçon s'en tire, est poursuivi pour homicide et soumis à l'examen mental du Dr Obici, qui le déclare irresponsable, comme atteint de mélancolie avec débilité mentale. L'auteur fait ressortir les particularités de ce cas qui s'écarte des lois déterminées par les cliniciens au sujet de la pathogénie du *suicide à deux*, et des rôles respectifs de l'*incube* et du *succube* : le garçon était débile, timide, suggestionnable, et c'est lui cependant qui impose ses idées de suicide à la fille, qui, bien équilibrée, enjouée, aimant la vie, devient l'instrument de l'acte. L'exaspération d'une passion non satisfaite chez la femme, expliquerait, d'après le Dr Obici, le renversement des rôles dans cette observation.

II. — *Sur les pouvoirs synthétiques chez les épileptiques*; par le Dr G. Paoli (fasc. I). — D'expériences répétées, portant sur dix épileptiques à attaques convulsives peu fréquentes, et dont les tableaux analytiques exposent les résultats journaliers pour ce qui concerne la recherche de l'éther sulfurique et de l'acide hippurique, le Dr Paoli conclut que chez les épileptiques le pouvoir synthétique est toujours diminué, surtout dans les périodes qui comprennent l'attaque convulsive.

III. — *Sur les pouvoirs oxydants des épileptiques*; par le Dr Ferrarini (fasc. I). — Cette étude a été poursuivie, avec une rigueur et un soin dont témoignent les tableaux analytiques les plus complets, chez douze épileptiques soumis à la phénolisation. Le dosage comparatif du phénol éliminé, en rapport avec les différentes conditions pathologiques des sujets, donne lieu d'une façon constante aux observations suivantes : dans les périodes d'accès et dans celles qui précèdent immédiatement les accès, il se produit un *abaissement considérable* du pouvoir oxydant. La production de cet abaissement ainsi que le retour à l'état ordinaire se font d'une façon variable selon les cas, tantôt brusquement, tantôt progressivement. Le Dr Ferrarini

©BIUM

souligne la concordance de ces résultats avec ceux obtenus précédemment par d'autres observateurs relativement aux variations du degré de l'alcalescence du sang (Lui, Charon et Briche, Lembranzi) chez les épileptiques. Sans vouloir tirer des conclusions fermes de ces observations, il considère comme une hypothèse, au moins plausible, que l'explosion convulsive chez les épileptiques est en rapport direct avec l'accumulation dans le sang de matériaux ayant subi une réduction organique insuffisante.

IV. — *Intoxication chronique par l'héroïne* (héroïnisme); par le professeur A. Giannelli (fasc. I). — Observation clinique d'un cas d' « héroïnisme », succédant chez le même sujet à un état de « morphinisme », de laquelle il résulte que chez certains sujets l'accoutumance à l'héroïne peut se produire absolument comme pour la morphine, et donner lieu à une intoxication chronique, analogue dans ses effets et ses conséquences à l'intoxication morphinique. Le professeur Giannelli en conclut qu'il y a lieu de n'accepter qu'avec réserve l'affirmation répétée par un grand nombre d'auteurs que l'héroïne ne produit pas d'accoutumance; qu'il y a lieu de ne suivre qu'avec prudence le conseil d'Eulenburg préconisant l'emploi du chlorhydrate d'héroïne chez les morphinomanes dont l'état général est le plus altéré.

V. — *Contribution à l'étude de la polymastie*; par le Dr G. Pérusini (fasc. I). — Observation intéressante, par son extrême rareté, d'un homme porteur de deux mamelles supplémentaires symétriques, situées au-dessous des mamelles normales, et comportant mamelon et aréole.

VI. — *Pour la diagnose et la prognose des maladies mentales*; par le Dr A. Vedrani (fasc. I). — Continuant à passer au crible de l'analyse clinique le cadre actuel de la pathologie mentale, dans le but de mettre en lumière par des observations comparées, les difficultés de diagnostic et de pronostic certains que présentent les différentes formes classées jusqu'à ce jour, le Dr Vedrani s'attache à démontrer, particulièrement pour la démence précoce et la folie maniaque-dépressive, les variétés individuelles de symptômes et d'évolution, susceptibles de troubler la valeur dogmatique des entités kraepeliniennes. Il conclut que, pour ce qui concerne ces deux maladies mentales, la nouvelle école psychiatrique « a bien moins résolu des questions présentes, que posé des problèmes à l'avenir », et que si l'avenir, au lieu de recueillir et de suivre les indi-

©BIUM

cations de ce travail rénovateur, continue à laisser prospérer dans la pathologie des espèces morbides comme la lypémanie suicide ou anxieuse, la démence agitée ou apathique ou secondaire, les phrénoses sensorielles ou paranoïques, etc..., la psychiatrie est destinée à rester — selon l'expression de Gaupp — la *sœur idiote des autres branches de la médecine.*

VII. — *Sur la phrénose maniaque-dépressive*; par le Dr R. Lambronzi (fasc. I). — L'auteur s'attache, à l'aide d'observations personnelles, à montrer la légitimité du concept de Kraepelin. Il espère que le Dr Roncoroni se ralliera lui-même et apportera la force de son nom et de son expérience à la défense de la folie maniaque-dépressive.

VIII. — *Néologismes et écriture dans la démence paranoïde*; par le Dr M. L. Bianchini (fasc. II et III). — Ainsi qu'il l'expose au début de son travail, l'auteur s'est proposé de relever les caractéristiques psychologiques du langage et de l'écriture des déments paranoïdes, pour fixer les particularités de leur délire, et aussi, de comparer ces caractéristiques avec celles déjà établies du délire et de l'écriture des paranoïques, et enfin de reconnaître, si possible, entre ces deux catégories morbides, une communauté de caractères, de forme et de symptômes, une identité de genèse et de nature et, en dernière analyse, une possibilité de rapprochement dans le classement. Analysant en détail l'observation d'un malade considéré comme « *dément paranoïde persécuteur-quérulent* », le Dr Bianchini passe en revue les particularités des néologismes et des paralogismes, des néographismes et des paragraphismes chez les *déments paranoïdes*; il s'attache à montrer que si le langage et l'écriture de cette catégorie de malades diffèrent complètement de ceux des *dégénérés* dans lesquels on trouve le caractère de *tératologisme*, ils sont identiques dans leurs manifestations avec ceux des *paranoïques*; que les expressions de leur délire et leur délire même sont identiques dans leur genèse morbide et dans l'évolution des phénomènes psychomoteurs linguistiques et graphiques. Le Dr Bianchini donne à entendre, pour terminer, que dans un prochain travail, il pourra démontrer la même identité pour les autres symptômes des deux syndromes.

IX. — *Les conditions des médecins et des infirmiers des manicomes en Italie*; par le Dr R. Lambronzi (fasc. II, III). — Poursuivant la campagne entreprise depuis quelques années en Italie pour la réorganisation médicale des manicomes, le Dr Lambronzi a recueilli, par l'envoi d'un questionnaire dé-

©BIUM

taillé à tous ses collègues, tous les renseignements sur les questions de titres, de fonctions, d'horaire de service, de traitements, d'indemnités, d'avantages intra et extra-manicomiaux, de nomination, de promotions, de recrutement, de pensions, de secours, aussi bien pour ce qui concerne les médecins que les infirmiers des asiles. L'auteur énumère et discute les différences et les inégalités injustifiées qui existent en Italie, d'un asile à l'autre ; il critique particulièrement la confusion qui existe dans les titres et dans les fonctions, l'absence d'indépendance et de responsabilité professionnelle, le manque de garanties, d'émulation et d'efficacité dans l'action ; il compare l'organisation médicale des asiles de France, d'Allemagne et d'Angleterre, et demande pour les manicomes d'Italie les réformes suivantes :

1° Pour ce qui concerne le corps médical :

Classement logique des titres, indiquant les fonctions et la catégorie. — Concession aux médecins subalternes d'une autonomie relative, d'un service de malades, avec la responsabilité particulière. — Etablissement du concours pour les nominations et les promotions. — Création de promotions locales pour classes à l'ancienneté. — Abolition des périodes d'épreuves. — Inscription à une société spéciale d'assurances pour les cas d'infortune ou d'accidents. — Inscription à la caisse nationale des retraites. — Augmentation des traitements et abolition des indemnités.

2° Pour les infirmiers :

Augmentation des salaires. — Egalité du traitement pour les infirmières et pour les infirmiers. — Droit à l'indemnité de nourriture pour les jours de sortie. — Institution de subsides pour les accidents du travail et inscription à la caisse nationale de secours. — Institution réglementaire des pensions de repos. — Diminution des heures de travail et augmentation des heures de liberté et de repos sans condition.

X. — *La folie dans la province de Ferrare* ; par le Dr A. d'Orméa (fasc. II-III). — Recherches statistiques complètes, accompagnées de tableaux graphiques et cartes, portant sur la période quinquennale de 1897 à 1901, et comprenant la statistique générale du mouvement des aliénés et de leur distribution topographique, la classification selon les formes morbides et les rapports étiologiques les plus importants. Le travail du Dr d'Orméa indique que la population du manicome de Ferrare s'est élevée progressivement de 57 malades en 1858 à 428 en 1901 ; que le pourcentage pour 1.000 habitants de la pro-

©BIUM

vince a progressé de 0,49 en 1876 à 0,80 pour la dernière période quinquennale ; que le plus fort contingent d'aliénés est fourni par la phrénose maniaque-dépressive, 31,3 p. 100, suivie par la phrénose pellagreuse, 18 p. 100, et les psychoses alcooliques, morphinique et paranoïque.

XI. — *Un cas de torticolis mental* ; par le Dr L. Cappelletti (fasc. II-III). — Observation clinique accompagnée d'une discussion bibliographique sur la pathogénie de cette affection. Le Dr Cappelletti insiste sur l'importance de l'idée fixe et de l'aboulie dans la production du syndrome, et conclut que tout ce qui a été dit sur le torticolis mental peut se répéter pour les autres tics dont l'élément psychique est la base, et être réuni dans un chapitre unique, celui des tics mentaux et des idées fixes motrices.

XII. — *Dyscinésies épisodiques en pathologie mentale* ; par les Drs Vedrani et Muggia (fasc. IV). — Chacun sait la fréquence, dans la paralysie progressive, des symptômes convulsifs ou choréiformes ; le rapport étroit qui lie les troubles psychiques, les états crépusculaires aux manifestations de motilité involontaire dans l'épilepsie et l'hystérie ; mais lorsqu'on aborde le véritable terrain de la psychiatrie, ce n'est qu'incertitude. Dans quelles formes psychopathiques ? A quels moments ? Dans quelles circonstances peuvent se manifester ces troubles épisodiques d'*hypercinésie* ? Et quelle est leur signification ? Les observations personnelles des auteurs — démence précoce et folie maniaque-dépressive avec manifestations convulsives — ne permettent pas de répondre à ces questions. Leur discussion ne conduit qu'à reconnaître l'obscurité qui entoure les rapports de causes à effets entre les manifestations pathologiques de la motilité et les processus psychopathiques.

XIII. — *Importance médico-légale de l'hystérisme traumatique en rapport avec la débilité mentale* ; par le professeur Bonfigli et le Dr Giannuli (fasc. IV). — Rapport médico-légal concernant un agent de police inculpé pour avoir été trouvé porteur d'une bombe qu'il se proposait de poser près du palais de Montecitorio, dans le but de simuler une habile opération de service destinée à lui procurer des avantages moraux et matériels. Une discussion documentée des circonstances du fait, des commémoratifs et de l'état physique et mental de l'inculpé, conduit les auteurs à reconnaître un fonds de débilité mentale compliqué d'hystérisme traumatique et à conclure à la responsabilité très limitée.

R. Charon.

©BIUM

JOURNAUX AMÉRICAINS

The American journal of Insanity

ANNÉE 1905.

I. — *Cinquante années de psychiatrie*; par le Dr John B. Chapin (numéro de janvier). — Discours prononcé dans une réunion en l'honneur du cinquantenaire de profession médicale du Dr Chapin, qui y a rappelé d'intéressants souvenirs de ses débuts dans la psychiatrie.

Il a assisté à l'organisation légale du service des aliénés aux Etats-Unis et en a été l'un des protagonistes. C'est un homme des plus honorables.

II. — *Sur la calcification des capillaires cérébraux*; par le Dr A. Pick (numéro de janvier). — La calcification est différente de l'athérome; elle peut se rencontrer chez des sujets jeunes; elle peut être une conséquence de la syphilis. — Les observations de deux malades sont relatées, l'une d'un jeune homme de vingt-quatre ans, l'autre d'une femme de quarante-deux ans. Tous deux eurent des attaques épileptiformes. La femme était tombée en démence. A l'autopsie on leur trouva des artérioles calcifiées.

III. — *Les méthodes de la psychiatrie contemporaine*; par le Dr Clarence B. Farrar (numéro de janvier). — Examen rapide et peu susceptible d'analyse, des méthodes actuelles de recherches psychiatriques, la méthode clinique, la méthode anatomo-pathologique, la méthode psychologique. Chacune d'elles a contribué pour sa part aux progrès de la psychiatrie.

IV. — *Remarques sur la folie et l'épilepsie, en ce qui concerne la durée de la vie*; par le Dr Robert Jones. — La folie, en général, est l'ennemie de la vie; elle détériore à la fois l'état mental et l'état physique. Elle est souvent héréditaire. Les compagnies d'assurances, que l'auteur a spécialement en vue dans son article, doivent donc rechercher avec soin et tenir compte de ces cas de folie ou d'épilepsie, de même que des cas de tuberculose ou de syphilis qui existent dans la famille des gens à assurer.

V. — *Quelques remarques sur les progrès de la psychiatrie*; par le Dr T. R. Nichols. — Ces remarques sont présentées

©BIUM

sous forme d'un résumé sommaire. Parmi les progrès l'auteur note spécialement : l'établissement de services d'hôpital pour les cas aigus d'aliénation mentale, auxquels l'internement légal n'est pas nécessaire; la substitution du système cottage aux grands bâtiments des asiles; la multiplicité de médecins traitants dans les établissements d'aliénés; la construction d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels, pour les épileptiques, pour les alcooliques, et diverses autres améliorations d'importance moins générale.

VI. — *Tabes dorsal et paralysie générale*; par le Dr Henry A. Cotton (numéro d'avril). — Mémoire basé sur douze observations bien détaillées; l'auteur est d'avis que cliniquement le tabes et la paralysie générale ont bien des analogies dans leurs causes (le plus ordinairement la syphilis), leurs symptômes et leur évolution; leur coexistence chez un même individu est plus qu'une simple coïncidence; que, dans l'association, chaque maladie garde les symptômes qu'elle aurait si elle était indépendante, et que les lésions anatomiques du tabes sont les mêmes que dans le tabes isolé; que malgré les corrélations intimes des deux formes morbides, les incertitudes de leur pathogénie respective empêchent de les identifier sur une même base anatomique.

VII. — *Mesures comparées de la voûte palatine chez les faibles d'esprit et chez les normaux*; par les Drs Walter Channing et Clark Wissler (numéro d'avril). — Il est admis généralement que la voûte palatine des débiles intellectuels est mal formée. Les auteurs de ce mémoire ont étudié à ce point de vue les moules de voûte pris sur 614 enfants normaux et sur 1.010 anormaux. Ils ont rapproché les mesures prises entre la base des deux premières molaires, la hauteur du palais depuis le plan approximatif des gencives, la distance entre la ligne qui passe par les deux premières molaires et le point alvéolaire, enfin la distance entre la base des canines. Ils ont constaté que les différences entre les diverses catégories d'individus sont tout à fait minimes, et ne se traduisent que par fraction de millimètres; que, cependant, la variété de dimensions est plus habituelle chez les débiles que chez les normaux; que la largeur du palais au niveau de la première molaire permanente change fort peu à partir de la neuvième ou la dixième année.

VIII. — *Troubles intellectuels associés à l'artério-sclérose cérébrale*; par le Dr Albert M. Barret (numéro de juillet). — L'artério-sclérose cérébrale, au point de vue dont il s'agit, doit

©BIUM

être considérée indépendamment d'états morbides concomitants, comme, par exemple, la sénilité ou la paralysie générale. Ainsi isolée, elle est relativement rare. Parfois, elle ne donne lieu qu'à des troubles intellectuels peu appréciables. D'autres fois, elle se manifeste par des modifications mentales sensibles.

L'auteur rapporte plusieurs observations dans lesquelles on rencontra surtout de l'affaiblissement des facultés mentales, notamment de la mémoire et de l'attention, de la confusion des idées, de l'apathie ; moins souvent on observa des idées délirantes dépressives, idées de persécution, idées de suicide, mais non systématisées, et, revenant en quelque sorte par accès, des hallucinations transitoires ; finalement la déchéance mentale plus ou moins complète.

IX. — *Psychose de Korsakoff. Cinq observations* ; par le Dr Arthur W. Hurd (numéro de juillet). — Ces observations présentent les manifestations indiquées dans les cas de ce genre : affaiblissement de la mémoire, incapacité persistante à retenir les impressions, perte du sens d'orientation, fausses conceptions de la mémoire.

X. — *Hallucinations visuelles chez une malade atteinte d'amblyopie croisée ; lésions du lobe occipital ; atrophie des faisceaux optiques* ; par les Drs Chas. K. Mills et C. D. Camp (numéro de juillet). — Cette malade mourut à la suite d'un état d'excitation maniaque qui dura environ trois mois. Dans cette période, elle eut beaucoup d'hallucinations visuelles, croyant voir autour d'elle des hommes armés et menaçants : elle voyait aussi des incendies. L'intérêt de l'observation consiste dans le rapprochement de ces hallucinations visuelles et de lésions congestives assez intenses rencontrées dans la couche corticale du lobe occipital, et d'une atrophie très marquée des faisceaux et nerfs optiques.

XI. — *Cytodiagnostic en psychiatrie* ; par le Dr Clarence B. Farrar (numéro de juillet). — Résumé succinct des travaux faits sur ce moyen aussi bien de diagnostic que de traitement de maladies de la moelle. L'auteur n'apporte à la question aucune contribution nouvelle.

XII. — *Extension du traitement sous la tente à une nouvelle catégorie d'aliénés* ; par les Drs Floyd Haviland et Chester Lee Carlisle (numéro de juillet). — L'asile de Manhattan a développé dans une large mesure le séjour des aliénés sous la tente. Dans des articles précédemment analysés, on a pu voir que les tuberculeux, les gâteux, les affaiblis avaient été installés de

©BIUM

cette manière et s'en étaient bien trouvés. Plus récemment, en 1903, on a créé un nouveau campement pour les convalescents, pour ceux dont la maladie, curable, ne marche que lentement vers la guérison. La vie au grand air, le plus grand nombre de distractions que cette vie permettait de donner, en même temps qu'une liberté relativement plus grande, dont les malades ne cherchaient pas à abuser, ont contribué à améliorer l'état physique de presque tous et hâté le retour de quelques-uns d'entre eux à la santé générale.

XIII. — *Le problème de la psychiatrie dans les psychoses fonctionnelles*; par le Dr Edward Cowles (numéro d'octobre). — Etude purement théorique, un peu abstraite, néanmoins intéressante, où l'auteur vise à établir, non sans fondement que les recherches histologiques ayant été en grande partie stériles, c'est plutôt vers l'analyse des troubles fonctionnels et physiologiques qu'il faut se retourner pour bien connaître les maladies mentales et les soigner.

XIV. — *Effets de l'exercice sur le retardement dans les états de dépression*; par les Drs Shepherd Ivory Franz et G. V. Hamilton (numéro d'octobre). — Il s'agit d'expériences qui ont porté seulement sur deux malades, tous deux fort déprimés, chez qui tous les mouvements, toutes les impressions ne se faisaient qu'avec une extrême lenteur. On les soumit à une sorte d'exercice passif, résultant de l'application d'un instrument vibratoire, ainsi qu'à la marche, en tant qu'exercice actif; on observa que les jours où le traitement se faisait, leurs impressions étaient plus rapides; tous deux finirent par s'améliorer. Ce mode de traitement est en opposition avec le repos absolu que quelques-uns conseillent dans des cas de ce genre.

XV. — *La démence précoce en France. Quelques indications sur la fréquence du diagnostic de cet état en Amérique*; par le Dr Clarence B. Farrar (numéro d'octobre). — Nous signalons cet article en raison de la singularité de ses appréciations. L'auteur constate qu'en France la doctrine allemande sur la démence précoce a rencontré des contradicteurs énergiques. Il cite notamment MM. Ballet, Régis, Vallon; mais il s'en prend surtout à M. Marandon de Montyel, à qui il fait le reproche de repousser les idées de Kraepelin uniquement par amour-propre national, alors qu'il semble reprocher aux autres de ne pas parler de ces idées en parfaite connaissance de cause et de ne produire contre elles que des arguments sans portée. En Amérique, dit-il, on s'est montré bien plus favo-

©BIUM

rable à la nouvelle doctrine. Cela n'est peut-être pas un argument suffisant en sa faveur, si l'on tient compte de ce que, naguère, la notion de la fameuse paranoïa, adoptée avec un engouement extrême, est aujourd'hui presque entièrement abandonnée. Du reste, le Dr Farrar montre lui-même qu'en Amérique la démence précoce n'est pas acceptée sans conteste, car si dans certains asiles cette désignation a remplacé en majeure partie les anciennes dénominations, dans d'autres, et en particulier dans l'asile d'Utica, des hommes de grande valeur, l'éminent Dr Blumer et le Dr Palmer, qui pourtant tous deux sont des hommes de progrès, n'emploient pas plus aujourd'hui qu'il y a quinze ans la dénomination de démence précoce.

XVI. — *Etude des idées somatiques dans diverses psychoses*; par le Dr Théodore A. Hoch (numéro d'octobre). — Cette étude porte sur la corrélation plus ou moins fréquente des idées délirantes avec des maladies d'ordre purement physique ou des troubles de même catégorie. C'est dans les états mélancoliques que cette corrélation est le plus habituelle; elle engendre la tristesse elle-même, le chagrin, l'anxiété, le désespoir; elle conduit aux idées de négation et transforme en délire les moindres souffrances. Dans le délire des persécutions elle est plus rare, et conduit le malade à la défiance, à l'irritabilité, à la violence. Dans la folie alcoolique elle est également fréquente; elle dépend de troubles gastriques, d'altérations névritiques, de paresthésies diverses. Lorsque la paralysie générale est à forme mélancolique, elle se comporte comme la mélancolie simple. Dans les folies à formes intermittentes, la corrélation n'existe guère que dans la phase dépressive et le résultat est encore celui des états mélancoliques.

VICTOR PARANT.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Die Funktionen des zentralen Nervensystems. Ein Lehrbuch (Les fonctions du système nerveux central. Traité); par le Dr M. Lewandowsky, médecin neurologiste et privat-docent de physiologie à Berlin. 1 pl. et 81 fig. dans le texte. 1 vol. gr. in-8° de 1-420 p. Iéna, Aug. Fischer, 1907.

Travail considérable, inspiré par la constante préoccupation de ne point séparer la physiologie normale de la physiologie pathologique, et dont la portée doctrinale aurait pu être fort grande si, avant que d'écrire, l'auteur avait eu plus de souci d'arriver à quelque unité de vue et de pensée, toujours provisoire, que de vouloir complaire au plus grand nombre possible de savants contemporains, surtout de favoris de l'opinion et de la fortune.

C'était une juste ambition que d'entreprendre de montrer comment le système nerveux s'est développé dans la série phylogénique et de faire dériver les fonctions du système nerveux central de l'homme de celles des invertébrés et des vertébrés. Mais l'anatomie et la physiologie comparées d'un Steiner ou d'un Edinger n'ont inspiré que peu de pages à l'auteur.

La psychologie, considérée comme une partie de la physiologie du système nerveux central, l'a constamment préoccupé; en principe, il ne saurait admettre de distinction entre l'âme des animaux et celle de l'homme, puisque les fonctions de cet ordre se sont développées avec la vie d'organismes dont la descendance implique l'unité biologique. Aussi doit-on enfin renoncer à chercher quelles limites sépareraient, par hypothèse, dans la série animale, les fonctions physiologiques des fonctions dites psychologiques. Autant vaudrait opposer le moral au physique. « Pour nous, écrit l'auteur, l'identité psycho-physique peut seule exister. » Les processus psychiques sont les processus matériels des molécules constituantes du système nerveux. Ce n'est qu'à cette condition que l'unité du problème biologique peut et doit être sauvegardée. Les réactions psychiques sont aussi rigoureusement subordonnées aux lois de la causalité et

©BIUM

de la nécessité (nous dirions du déterminisme) que les réactions de la matière inorganique et de la matière vivante.

Plus loin l'auteur déclare encore et toujours que les lois de la physiologie et de la pathologie cérébrales sont réductibles à celles de la biologie générale, et que les plus hautes fonctions psychiques, en tant que fonctions de la vie, ne font pas, naturellement, exception : les troubles de la vie psychique ne relèvent pas d'autres lois que des lois de tous les phénomènes naturels.

Tout cela, nous l'enseignons couramment, en France, depuis trente ans et plus. Mais, à considérer le temps présent, on doit savoir gré à Lewandowsky d'être, en ce domaine de la biologie, demeuré fidèle aux doctrines de Claude Bernard, de Du Bois-Reymond, d'Huxley, de von Monakow. Nulle part, dans ce livre, on ne lit le mot de psychothérapie, de traitement moral, et autres superstitions renaissantes propagées et pratiquées par quelques thaumaturges dans certaines cliniques des hôpitaux. Des centaines de neurologistes n'ont-ils pas naguère applaudi, dans un congrès, les thèses vitalistes et spiritualistes d'un médecin de Montpellier sur le dualisme de la physiologie et de l'anatomie? Aussi bien, l'Ecole de Paris, qu'effraie aujourd'hui l'organicisme de Bichat, possède des maîtres dont l'illuminisme, voire le spiritisme, répugnerait d'instinct à la judiciaire elle-même, plus solide, des professeurs vitalistes de l'Ecole de Montpellier.

L'éclectisme de Lewandowsky n'a point su le garder de toute complaisance pour ces doctrines de décadence. Il qualifie le monisme de délire de grandeur de nature scientifique et l'accuse, entre autres, de l'inexpiable péché contre la théorie de la connaissance, laquelle détermine les conditions de la pensée et de l'expérience et fait bien apparaître que « les lois des choses ne sont que celles de la pensée pure »! Je demanderai à Lewandowsky : Qu'est-ce qu'une pensée pure, entendue au sens de Platon ou de Kant, peut bien avoir à faire dans une conception du monde, conception logique sans doute, non encore démontrée, où l'organique s'est développé de l'inorganique, le psychique du physique ? Que l'auteur le veuille ou non, c'est là une conception moniste du monde et de la vie, et, partant, de l'intelligence et de la pensée. Il n'a visiblement hésité à demeurer fidèle à ses anciens alliés que pour sauvegarder « les problèmes de l'éthique », et par exemple celui de « la liberté de la volonté »! Car c'est, dit Lewandowsky, une impossibilité contraire à toute saine méthode, c'est même, absolument par-

©BIUM

lant, un mensonge (*Unwahrheit*), que de « vouloir résoudre les problèmes de l'éthique au moyen des concepts de la biologie ». Seuls, les hommes de ténèbres peuvent trouver leur plaisir dans des entreprises si pleines de fausseté et d'obscurité, et d'où ils tirent leurs meilleures armes. « Les problèmes de l'éthique appartiennent à la philosophie ! » — Voilà des principes admirables ; et voilà, à coup sûr, le grand art aujourd'hui de parvenir dans le monde.

Même éclectisme dans le choix des *doctrines histologiques*. Lewandowsky ne saurait admettre avec Nissl que, au moins chez les vertébrés, le cylindraxe ne soit pas d'origine cellulaire ; c'est là, dit-il, une hypothèse caduque. C'est d'ailleurs en examinant les faits sur lesquels croit pouvoir s'appuyer Nissl, à savoir, la disproportion entre le nombre des cellules et des fibres nerveuses, en vérifiant lui-même ces faits à son tour, comme il témoigne avoir toujours procédé, qu'il s'est convaincu de cette erreur. Il qualifie aussi, avec raison, du nom de « théories fantastiques », ne relevant plus que de la curiosité, les doctrines de l'amiboïsme des prolongements dendritiques des neurones, doctrines qui faisaient dériver de cette prétendue propriété les principales fonctions du système nerveux, celles du sommeil et de la veille, de l'activité mentale, des anesthésies et des paralysies fonctionnelles, etc. Kölliker, dont le nom revient peu sous la plume de Lewandowsky, avait écrasé cette chimère dans l'œuf.

L'auteur trouve aussi fort extraordinaire cette affirmation de Bethe, que le cylindraxe et la gaine de myéline d'un nerf périphérique sectionné puissent se régénérer « sans que l'organe central ait part à cette régénération » ; bref, que la doctrine de l'autorégénération des nerfs périphériques soit établie. Mais, quoique le bout périphérique d'un nerf ayant subi les effets de ce traumatisme diffère morphologiquement d'une fibre nerveuse normale, Bethe soutient que ce segment est encore expérimentalement excitable. Or, quoique Bethe n'ait jamais administré la preuve d'une absence de connexions centrales (ce qu'il eût pu faire au moyen de la strychnine), quoiqu'une expérience aussi imparfaite soit incapable de renverser toutes nos idées sur les fonctions trophiques de l'organe central, et que tout milite au contraire, comme le savait déjà Vulpian, pour l'existence d'une anastomose des deux segments d'un nerf périphérique sectionné, anastomose qui explique la prétendue régénération autogène (par l'action neurotropique qu'exercent les cellules apotro-

©BIUM

phiques, de Marinesco, du bout périphérique sur les axones néoformés du bout central), Lewandowsky n'en considère pas moins dans ce processus histologique une preuve convaincante contre la théorie du neurone, contre les raisons, dit-il, que cette théorie tire de l'histogenèse et de la doctrine des dégénérations !

De là une terrible charge contre la *théorie du neurone*, bien faite pour rallier les jeunes troupes d'Apathy, de Bethe, de Nissl et de leurs partisans français, lesquels distribuent aujourd'hui les places et les honneurs. Tout ce que la théorie du neurone a pu apporter à quelques physiologistes et pathologistes, c'est, nous dit-on, *une satisfaction morale !* Mais, en réalité, pas un seul fait de la théorie des fonctions du système nerveux n'est devenu par elle plus intelligible. Le rôle des cellules nerveuses a été fort exagéré aux dépens des neurofibrilles, de ces fibres élémentaires qui, pour traverser la cellule, n'en paraissent pas moins être indépendantes. C'est ainsi que Steinach, ayant anémié les cellules de quelques ganglions spinaux d'une grenouille, constata qu'en dépit de la dégénération fort avancée du cytoplasma cellulaire, la conduction nerveuse passait encore par ces cellules quatorze jours après cette ischémie expérimentale : les neurofibrilles, élément conducteur, pouvaient donc à bon droit être dites « indépendantes » des cellules de ces ganglions spinaux. A la vérité, Lewandowsky rappelle lui-même que non seulement la cellule des ganglions spinaux possède une morphologie tout à fait spéciale, mais que tout son rôle consiste peut-être à transmettre une excitation, sans avoir aucune fonction d'élaboration attribuée aux centres nerveux.

Lewandowsky, qui était fort éloigné d'avoir besoin de la *satisfaction morale* de la théorie du neurone, estime que les procédés de technique sur lesquels repose cette théorie n'ont fait apparaître jusqu'ici que des « taches noires », d'élégantes figures voilées dont Nissl devait soulever les voiles, de beaux *schemata*, qui serviraient, dit-on, à certains processus physiologiques, par exemple à la coordination et à l'association ; mais il n'en aurait été ni plus ni moins si ces explications n'eussent point reposé sur le neurone de Waldeyer.

Malheureusement, la *théorie cellulaire*, la théorie qui tient les cellules pour des organismes élémentaires, a, partout, plongé la physiologie dans un état qu'« on pourrait presque appeler hypnotique » ! Lewandowsky part donc aussi en guerre contre la théorie cellulaire. L'organisme n'est pas, comme l'a soutenu Vir-

©BIUM

chow, « la somme des cellules considérées comme unités vitales ». Qu'une cellule, qu'un fragment de protoplasma nucléé soit une unité nutritive ou trophique, soit. Mais ce n'est point une unité fonctionnelle. La fonction du foie est une somme de la fonction de ses cellules ; mais quel changement subirait la théorie des fonctions du foie si l'on faisait abstraction du complexus cellulaire de cet organe, demande l'auteur? Savoir que le foie est une somme d'éléments cellulaires nous peut-il servir à comprendre sa fonction? Et qui nous dit que la cellule soit véritablement l'unité nutritive dernière, l'unité fonctionnelle dernière ; qui nous dit que la particule la plus petite de la cellule hépatique ne représente pas déjà la fonction de l'organe, et cela n'est-il pas même très vraisemblable? Il se trouve que, pour les êtres unicellulaires, l'unité cellulaire s'accorde avec celle de l'organisme. Mais l'unité de l'organisme existait déjà lorsque, se développant de l'inorganique, l'organisme n'avait peut-être pas encore atteint le degré de la cellule, et, quand il le dépassa, quand il devint métazoaire, ce ne fut pas la cellule, mais l'organisme qui constitua cette unité. L'unité biologique qu'étudie la physiologie générale, c'est donc toujours l'organisme; l'unité biologique de la physiologie spéciale reste, de même, l'organisme. Encore un coup, l'organisme est bien un complexus de cellules, mais on doit répéter pour l'organisme animal ce que De Bary a dit de la plante : l'organisme forme les cellules, les cellules ne forment pas l'organisme.

Eh bien, pour la fonction physiologique du système nerveux, comme pour celle du foie, on ne l'entend pas mieux quand on l'a définie la somme des unités cellulaires ou neurones (p. 22 sq.; cf. 30 et *passim*).

Lewandowsky est naturellement amené à nier la doctrine de la conduction nerveuse par contiguïté et celle de la polarité dynamique, aussi bien au sens de Van Gehuchten qu'à celui de Ramon y Cajal. Les méthodes d'Apathy, de Bethe, etc., auraient démontré la vérité de la doctrine de la continuité des conducteurs nerveux, de l'existence même d'anastomoses intercellulaires chez les invertébrés (Fritsch), de réseaux fibrillaires extra et intracellulaires, impliquant que, de la périphérie, une onde nerveuse peut, par l'intermédiaire des neurofibrilles, retourner à la périphérie de l'organisme sans toucher une cellule, tandis que d'autres catégories de fibres relieraient directement les cellules des centres nerveux avec la périphérie.

Suit l'éternelle antienne qu'on chante, sans se lasser, dans

©BIUM

la nouvelle Eglise réformée, touchant la mémorable expérience instituée par Bethe sur le ganglion de la seconde antenne de *Carcinus mœnas*, — expérience dont les résultats prouvent, d'ailleurs, exactement le contraire de ce que postule la théorie, ainsi qu'il a été cent fois démontré. En somme, les cellules nerveuses, tout en étant reconnues nécessaires pour la conservation des tissus nerveux, ne le seraient ni pour la conduction nerveuse ni pour la fonction propre d'un réflexe central. Ruinée par Apathy et par Bethe chez les invertébrés — ce qui est absolument contredit par des histologistes géniaux, tels que Retzius, Cajal, von Lenhossek, etc., — la théorie du neurone est-elle menacée du même sort chez les vertébrés? La doctrine des réformateurs a rencontré ici une pierre d'achoppement. Rien d'analogue, en effet, au neuropile des invertébrés n'existe chez les vertébrés, où tous les axones sortent manifestement de leur cellule d'origine. Malgré tout, et contre les principes les plus élémentaires de la physiologie normale et pathologique, Lewandowsky professe que, pas plus dans le système nerveux que dans le reste de l'organisme, la cellule, considérée individuellement, n'a l'importance ni le rôle d'une unité fonctionnelle! Chez les vertébrés, l'événement nerveux, propagé à travers le système nerveux central, doit sûrement passer par les cellules nerveuses, mais, même au regard de cette fonction, l'unité biologique reste non la cellule nerveuse, mais la neurofibrille.

Nous ne saurions, sans dépasser les limites de cette critique, insister autant sur les autres matières traitées dans ce livre. Dès le chapitre consacré au *réflexe* apparaît la doctrine de l'Ecole de Strasbourg, j'entends celle de Goltz, de Schrader et de Loeb, si fort à la mode, et en France même, touchant la distinction des « centres fonctionnels » opposés aux « centres anatomiques », doctrine qui tend à isoler la fonction de l'organe et qui, dans le chapitre sur l'*aphasie*, finira par prévaloir chez Lewandowsky. Cet auteur devait révoquer en doute l'existence de la métamérie de la moelle épinière des vertébrés, fondée sur l'analogie avec celle du cordon abdominal des invertébrés. Que la moelle épinière soit issue phylogéniquement d'un certain nombre de métamères dont chacun innerve un territoire d'une certaine étendue qui lui est propre, c'est ce qui n'est pas prouvé. Les expériences classiques de Sherrington sur la projection de la périphérie cutanée aux ganglions spinaux et aux racines postérieures sont exposées avec schémas et tableaux. Le centre

©BIUM

n'était, pour Lewandowsky, qu'un concept topographique, encore que celui-ci puisse indiquer au moins la localisation de quelque fonction déterminée; le segment médullaire n'a en soi aucun rapport avec la fonction, quoiqu'il puisse être un centre réflexe du fait de ses rapports anatomiques avec des fibres radiculaires, afférentes et efférentes, qui s'y trouvent rassemblées sur un même point. Pratiquement, la segmentation de la moelle épinière ne sert qu'à nous orienter sur la localisation des fonctions centrales de ce centre nerveux. C'est à cet effet que la moelle épinière est partagée en un nombre de segments correspondant à celui des racines.

L'étude des fonctions de la *moelle épinière*, considérée comme organe central, est un des meilleurs chapitres du livre. Toujours bien informé, l'auteur ajoute aux faits connus quelques expériences ou observations cliniques nouvelles qui augmentent la valeur de son Traité. Il était bon de rappeler que Sherrington attribue l'existence (de quelque nature qu'elle soit) de signes locaux, au sens de Lotze, à la moelle épinière de l'animal spinal, comme s'expriment les Anglais. La moelle épinière, sectionnée, isolée en tronçons, des vertébrés inférieurs, exécute des mouvements de défense bien adaptés et susceptibles d'être modifiés expérimentalement. Ce n'est plus le cas, semble-t-il, chez les mammifères dont la moelle a été sectionnée, dilacérée ou comprimée sur un point. Le rôle de la moelle épinière, comme organe central, diminue donc dans la série ascendante. Ainsi se vérifie la loi de Bastian, malgré quelques contradictions apparentes, touchant la différence des réactions de la moelle épinière chez l'homme au regard d'autres vertébrés. Quand la moelle épinière de l'homme se trouve complètement isolée en un point, *tous* les réflexes sont abolis. Quelle que doive être l'interprétation du fait, il est constant, d'une manière générale; il implique que, avec le développement du cerveau, les centres réflexes de la moelle épinière, au moins ceux de la musculature striée, doivent, pour fonctionner, être reliés aux centres encéphaliques.

Quant aux voies suivies par les réflexes médullaires, Lewandowsky ne croit pas que les racines postérieures envoient des collatérales aux cellules des cornes antérieures; il nie donc l'existence des collatérales réflexes (p. 63). Il énumère trois aires de terminaison des racines postérieures. Les collatérales des racines postérieures se termineraient dans la corne postérieure uniquement du côté correspondant; une autre partie des

©BIUM

fibres de ces racines s'arboriserait dans les dendrites des cellules des colonnes de Clarke; une autre enfin atteindrait les noyaux des cordons postérieurs dans la moelle allongée, si bien que ces deux dernières voies, purement conductrices de la sensibilité, allant au cervelet et au cerveau, par le faisceau cérébelleux direct et par le ruban de Reil moyen, n'auraient rien à faire avec les réflexes. La voie par laquelle l'excitation transmise par la racine postérieure arrive à la corne antérieure est, de l'aveu de l'auteur, « extraordinairement compliquée ».

Le *système nerveux sympathique*, grâce aux découvertes de Gaskell, de Langley, de Langendorff, de Claude Bernard, de Pawlow, forme ici tout un petit traité. La critique de l'autonomie de ce système est fort bien conduite. Les connexions qui le relient à la moelle épinière et allongée, au mésocéphale et au télencéphale, établissent bien qu'il n'est pas indépendant de l'axe cérébro-spinal; bref, qu'il n'existe pas d'autonomie, au sens propre, du système nerveux sympathique. Toutefois, c'est une loi sans exception (Langley) qu'un ganglion, le ganglion sympathique vertébral, dont les cellules ont une structure un peu différente de celles des ganglions spinaux et des cornes antérieures de la moelle, se trouve toujours interposé sur la voie de projection efférente, et que le cylindraxe d'une fibre spinale radiculaire se termine dans le ganglion d'où sort un nouvel axone qui va aux organes de la périphérie. La sensibilité, différente aux différents agents, physiques et chimiques, des fibres pré et post-ganglionnaires, confirme la vérité de cette hétérogénéité substantielle. La musculature lisse se comporte aussi tout autrement que la musculature striée, si bien qu'on pourrait admettre que le système sympathique avec ses muscles lisses est phylogéniquement d'origine très ancienne. D'où, malgré tout, une certaine autonomie du système nerveux sympathique à la périphérie, surtout manifeste dans les muscles lisses. J'inclinerais fort à y voir, avec Lewandowsky, une sorte de « réminiscence » d'un état des organismes où la transmission de l'excitation centrale et la réaction motrice n'étaient pas encore séparées, comme dans les cellules neuro-musculaires de Kleinenberg, qu'ont remplacées les cellules cutanées-musculaires des frères Hertwig.

La propriété fondamentale de tout organisme, c'est, comme l'a bien montré Gley, l'irritabilité. L'amibe, qui réagit par la partie de son corps qui a été affectée, nous prouve d'abondance que la transmission d'une excitation et la réflexion qu'elle

©BIUM

détermine se fait dans le protoplasma au moyen de mouvements moléculaires, sans qu'aucun système nerveux existe. Or, telle est encore l'automatie musculaire, tonique, des muscles lisses périphériques. Penser autrement nous paraîtrait difficile; mais nous n'en prendrions pas prétexte pour fulminer, comme le fait l'auteur, une excommunication majeure contre « les fanatiques de l'hégémonie absolue du système nerveux central ». Pourquoi un muscle lisse ne se contracterait-il pas, ainsi qu'à l'origine, sous l'influence de stimuli internes, *in loco*, et, par exemple, sans parler de l'action générale de CO^2, sous l'influence de sécrétions spéciales, telle que celle des glandes surrénales, dont on connaît l'effet vaso-constricteur sur la musculature lisse?

C'est dans les muscles lisses qu'il convient de localiser la cause efficiente des états de conscience appelés *douleurs*, d'origine sympathique, organique ou interne (endogène). L'échelle de la sensibilité de la musculature lisse est presque aussi étendue que celle de la musculature striée. L'étude, surtout expérimentale, de la localisation de l'innervation corticale et centrale de ces muscles, de l'innervation périphérique et centrale des viscères et des glandes, fut surtout, sans oublier Bochefontaine, l'œuvre de Bechterew et de l'Ecole de Kasan et de Saint-Pétersbourg. Ces travaux sont loin d'être ici complètement énumérés ou reproduits sous forme d'analyse ou de synthèse.

Les notions dérivées des impressions et des sensations viscérales, pour être moins complexes que celles qui résultent de l'exercice des sens spéciaux, n'en forment pas moins des complexus très vastes où tous les modes de la sensibilité générale figurent comme éléments. Les centres nerveux de la vie dite végétative, que l'ancienne physiologie appelait inconscients et instinctifs, et les organes qu'ils innervent, sont représentés, avec leur ton affectif (émotions, etc.), dans l'écorce du télencéphale, comme le sont les centres nerveux de la vie dite animale ou de relation. Le milieu interne, qui équivaut d'ailleurs au milieu externe pour tous les centres de perception du névraxe, livre naturellement d'abondants matériaux, sous forme de sensations organiques ou viscérales, pour la construction de la vie mentale à tous les degrés. « Ce fait, disait déjà Lélut, n'aura rien qui étonne, si l'on réfléchit à tout ce que la vie intellectuelle puise, dès ses premiers temps, d'aliments et d'occasions *dans les impressions des viscères*, en vertu de la liaison naturelle qui existe entre leurs centres nerveux et ceux du sentiment et de la pen-

©BIUM

sée. » N'est-ce point Lélut qui parle des *hallucinations internes*? Depuis Esquirol, dont les observations à ce sujet sont classiques, on ne compte plus les observations de psychoses où des sensations conscientes ou subconscientes du système nerveux sympathique, viscéral, ont déterminé l'explosion de certains délires chez des prédisposés. Nous avons encore entendu nos maîtres de la Salpêtrière insister plus qu'on ne fait aujourd'hui sur les *folies sympathiques*, dont le point de départ était un catarrhe de l'estomac, une tumeur des ovaires, des douleurs péritonéales, des affections du sympathique cervical, etc.

Comme les muscles lisses ne laissent pas de participer aux convulsions toniques et cloniques, que l'on considère comme le symptôme caractéristique de l'attaque d'épilepsie, Lewandowsky a parlé à son tour, après Brown-Séquard, Vulpian, Charles Féré, Ossipow, etc., des ressources si précieuses qu'on doit tirer de ce phénomène, l'attaque d'épilepsie, pour l'étude de l'innervation du système vaso-moteur, de l'estomac, de l'intestin, de la vessie, etc. Mais, quoique cette étude de l'innervation périphérique, centrale et corticale des organes relevant en grande partie du système nerveux sympathique, estomac, intestins, glandes salivaires, lacrymales, foie, pancréas, rate, vessie, anus, vagin, etc., soit loin d'être aussi avancée que celle des centres nerveux et des voies de projection afférentes et efférentes du système nerveux de la vie de relation, j'aurais désiré voir rappeler ici, avec plus de détails, nombre de travaux sur la matière, travaux en général bien conduits et marqués au coin des bonnes méthodes de la physiologie expérimentale.

Le rôle général du *tronc céphalique* dans la série des vertébrés devait naturellement induire Lewandowsky à discuter les observations et expériences célèbres de Frédéric Goltz sur le chien sans cerveau, ainsi que celles de ses élèves sur les vertébrés inférieurs décérébrés. A son habitude, l'auteur suit en disciple les directions de l'Ecole de Strasbourg; il n'a même pas cru devoir tenir compte des critiques de ces expériences qu'ont présentées Steiner, Edinger, Hermann Munk. Nous savons gré pourtant, de nouveau, à Lewandowsky d'avoir insisté, comme il l'a fait, sur la déchéance historique du tronc cérébral au regard des progrès du télencéphale, dégénérescence lente, mais si profonde que, chez l'homme, il ne reste plus aux vieux centres encéphaliques, au mésencéphale, à la moelle épinière, en dehors de quelques réflexes, aucune action autonome, je ne dis pas aucune fonction. Et cependant, grâce surtout à

©BIUM

ses connexions avec les sens supérieurs, le tronc céphalique avait acquis le rôle d'organe directeur et modérateur de la moelle épinière dans toutes les classes inférieures des vertébrés, en particulier pour les mouvements adaptés et coordonnés de la vie de relation, depuis les poissons osseux et cartilagineux jusqu'aux sauropsides.

Il n'y a d'ailleurs aucune raison suffisante de croire que l'existence des sensations et perceptions organiques, que le ton affectif qui les accompagne, implique la présence d'une écorce cérébrale. Une partie de ces sensations organiques a lieu dans les centres encéphaliques sous-corticaux, comme on le voit bien chez les anencéphales et les fœtus nés avant terme. Forel, aussi bien que Flechsig, a souvent parlé de phénomènes de conscience locale des ganglions sous-corticaux de l'encéphale. Nous avons toujours incliné à supposer que les centres nerveux du rhinencéphale, du ganglion de la base, du mésencéphale, du cervelet, du rhombencéphale et des chaînes ganglionnaires de la moelle épinière et du grand sympathique peuvent, dans certains états, chez les mammifères supérieurs eux-mêmes, retrouver des fonctions d'ordre psychique propres à leurs éléments anatomiques, et dont la persistance, à quelque degré qu'on l'imagine, est un fait admis par Steiner, Edinger, von Monakow, etc., chez tous les vertébrés et invertébrés.

Nous pensons que, pour n'être point perçue par l'écorce du télencéphale, une sensation, pour être telle, c'est-à-dire pour déterminer, au cas où les conditions de durée et d'intensité sont suffisantes, un effet quelconque, un mouvement ou une sécrétion en réponse, directement ou indirectement, — n'en doit pas moins être *perçue* par les différents centres échelonnés de névraxe où s'arborisent les axones des proto-neurones sensitifs ou sensoriels. Cette question a son importance, puisque nombre de psychologues contemporains, tels que Ziehen, qui est à la fois un anatomiste, un physiologiste et un neurologiste éminent, restreignent à l'étude des états conscients de l'écorce du cerveau antérieur la science des fonctions psychiques. C'est, depuis Leibnitz, un point de fait et de doctrine bien établi, qu'il existe des sensations insensibles. Ces sensations, pour n'être point perçues par le télencéphale, n'en sont pas moins *senties*, et, par conséquent, perçues, à un degré quelconque, par les différents centres sous-corticaux énumérées. Nous affirmons donc que la psychologie, simple province de la physiologie normale et pathologique, ne doit pas être restreinte à l'étude des

©BIUM

états conscients de l'écorce du cerveau antérieur. Il faut toujours, en effet, avoir bien présent à l'esprit ce principe : toute la psychologie repose sur un fondement unique, le réflexe; en d'autres termes, sur la propriété élémentaire de tout protoplasma, végétal ou animal, indifférencié ou différencié, de réagir à des excitations nécessairement perçues, et cela d'après des lois mathématiques qui, chez les protozoaires déjà comme chez les protophytes, ne le cèdent point en rigueur à celles du reste des phénomènes physico-chimiques.

C'est encore une remarque excellente (à propos de l'influence de la sensibilité sur la motilité, de l'hypotonie et de l'ataxie dans le tabes dorsal) que d'avoir noté, après Munk, qu'avec la perte de la sensibilité périphérique, les mouvements volontaires, donc d'origine télencéphalique, ne disparaissent point. On se rappelle les expériences instituées sur le singe qui, après section des racines postérieures d'une extrémité, peut encore, de l'extrémité anesthésique, saisir le fruit et le porter à sa bouche. A l'appui : la section des racines postérieures, et, partant, la perte de la sensibilité périphérique, n'exerce qu'une faible influence sur l'excitabilité électrique de l'hémisphère croisé, et sur les réactions motrices qui suivent l'excitation directe du cortex. Mais c'est en vain que l'auteur conteste la « théorie de Cyon » (et de beaucoup d'autres auteurs), d'après laquelle diminue l'excitabilité des racines antérieures après section (ou cocaïnisation) des racines postérieures.

Le chapitre sur *le cervelet*, qui vaut aussi tout un traité, est d'une originalité incontestable, encore qu'on doive, selon nous, pour le bien entendre, tenir compte des critiques, aussi étendues qu'approfondies, du professeur Hermann Munk (*Sitzungsb. der k. Pr. Akad. d. W.*, Ueber die Functionen des Kleinhirns, 1906-1907, surtout les pages 475 et 29).

La physiologie normale et pathologique du *cerveau* antérieur n'a point la même originalité et profondeur que celle de la moelle épinière, du cervelet et du mésencéphale. L'opposition constante dirigée contre le professeur Paul Flechsig et la théorie myélogénétique de l'architecture du névraxe, la partialité pour l'Ecole adverse de C. et O. Vogt, de Brodmann, pour ne pas citer d'autres noms, éveilleraient la défiance des lecteurs les moins prévenus, — de ceux qui naïvement s'imaginent peut-être encore que les savants ignorent les passions et les partis pris des autres hommes en matière, par exemple, de politique ou de religion. S'il n'y a point de justice en politique,

©BIUM

en science il y en a moins encore. L'étude historique des différentes Ecoles de biologie dans l'Europe moderne et au sein des diverses Universités laisse assez paraître que les adversaires de doctrines contraires se mettent rarement en peine de répéter, avec les mêmes méthodes d'investigation, les observations et expériences qu'ils déclarent fausses, en principe. Et il en est presque partout ainsi. *Iliacos intra muros peccatur et extra.* Le progrès des bonnes études ne laisse pas d'en être fort retardé, car maîtres et étudiants, lisant manuels et traités, suivent les opinions qui leur sont présentées comme les plus récentes, et, partant, les plus vraies. Il arrive qu'une génération est ainsi induite en erreur, comme ç'a été le cas, en France, pour la théorie du sommeil de Mathias Duval. Seul, le temps suffit à ruiner l'erreur. Dans la lutte pour la vie des théories et des doctrines, celles-là sont assurées de vaincre à la fin qui sont le mieux adaptées à nos moyens actuels d'investigation et de connotation des phénomènes.

Nul doute que l'étude anatomique des coupes microscopiques sériées, substituée à l'ancien examen macroscopique élémentaire en anatomo-physiologie comme en anatomo-pathologie, n'ait déjà déterminé une sorte de renouvellement de la physiologie pathologique et expérimentale, et c'est ce qu'a très bien compris Lewandowsky, qui écrit, à propos de la théorie des localisations cérébrales, que toute lésion expérimentale, comme tout foyer pathologique, doit désormais être toujours soumis à un examen méthodique de coupes sériées sans lacune. Car, avec quelque exactitude et précision que soient exécutées des lésions expérimentales, les régions voisines sont de nécessité lésées en même temps, en particulier les faisceaux de projection, d'association et de commissuration, et cela sur une étendue variable. Après une destruction de 3 millimètres de l'écorce, par exemple, l'examen microscopique pourra seul témoigner que les hémorragies et ramollissements consécutifs ne s'étendent pas, disons jusqu'à 8 millimètres et souvent davantage, dans diverses directions, et que des faisceaux de projection ou d'association n'auront pas été détruits qui, sans rapport direct avec le point lésé, étaient en connexion avec des régions éloignées du cerveau. Rien, en pathologie humaine, de plus fréquent : là où un examen macroscopique superficiel n'aurait peut-être laissé voir qu'un foyer, un examen microscopique en découvre plusieurs.

Que d'erreurs auraient évitées les physiologistes, et Goltz en particulier, s'ils avaient eu conscience de l'importance d'une

©BIUM

investigation anatomique exacte! Parmi les cliniciens qui sont et ont été le plus pénétrés de la nécessité de cette méthode d'études, Lewandowsky cite les noms de Wernicke et de Dejerine (p. 202, 263 et *passim*).

Le nom de l'éminent professeur de la Faculté de médecine de l'Université de Paris revient souvent sous la plume de Lewandowsky. Toute la doctrine du savant allemand sur la nature et les fonctions de la *couche optique* pourrait même être fort bien résumée dans ces paroles d'un des meilleurs disciples du maître français, M. le Dr Gustave Roussy : « L'anatomie comme la physiologie nous montrent que cet organe n'a aucun rapport avec la fonction motrice. La couche optique représente, au sein des hémisphères, le point de relai des voies conduisant les impressions *sensitives* de la périphérie aux centres corticaux d'élaboration. L'anatomie comme la physiologie de cet organe nous montrent les rapports intimes qu'il affecte avec la fonction *sensitive*... Le rôle *sensitif* de cet organe, — exception faite pour le pulvinar, dont le rôle de centre ganglionnaire de la vision est indiscutable, — nous paraît être, dans l'état de nos connaissances actuelles, la seule fonction définitivement établie de la couche optique. » (*La couche optique, études anatomique, physiologique et clinique*, par G. Roussy. Paris, 1907, 353.)

L'*Apraxie* et l'*Aphasie* forment encore des chapitres fort suggestifs et qu'on aimerait à pouvoir discuter par le détail. Il est d'une bonne critique de rappeler au début d'un Traité du langage et de ses troubles ces paroles de Broca, toujours dignes de servir d'épigraphe en cette matière : « L'impossibilité de parler », c'est la perte « d'une espèce particulière de « mémoire, qui n'est pas la mémoire des mots, mais celle des « mouvements nécessaires pour articuler les mots. » Mais il eût fallu insister sur les déterminations histologiques de ce centre propre, d'ordre supérieur, des images verbales motrices, de la mémoire des mouvements nécessaires pour articuler, véritable centre de nature intermédiaire, tel qu'on le peut connaître par le grand ouvrage de Campbell.

Le diagnostic de l'anarthrie d'avec l'aphasie ou aphémie de Broca est bien établi. Quoiqu'il n'ait pas omis l'exposition des théories de Broadbent, de Kussmaul et de Bastian sur le rôle du corps calleux dans la synergie, inégale sans doute, mais réelle, des circonvolutions symétriques de F3 g. et F3 dr., Lewandowsky erre certainement en étendant au pied de F3 la région corticale sensitivo-motrice de la musculature du langage.

©BIUM

Il sait parfaitement que le pied de F3 est électriquement inexcitable, mais il croit que le territoire d'origine des fibres motrices s'étend au delà de la zone excitable. Il admet donc que, au moins chez un certain nombre d'hommes, le centre de la mémoire spéciale des mouvements servant à l'articulation verbale, le centre des images coordinatrices du langage articulé, existe aussi en arrière du pied de F3 dans les centres de l'opercule rolandique et de l'insula. Il veut que les F3 g. et dr., tout en demeurant distinctes des centres corticaux de la musculature du langage articulé, soient une partie du territoire des centres corticaux du facial, de la langue, du pharynx, du larynx, bref, des centres moteurs corticaux des muscles employés à la fonction propre de l'appareil bulbaire phono-moteur de l'articulation verbale.

Sans nier l'homologie structurale et fonctionnelle des deux F3, Lewandowsky exagère de tout point les différences qui peuvent résulter, pour les parties symétriques et bilatérales du système nerveux, d'une localisation élective à droite ou à gauche. Il faut être averti et ne pas prendre à la lettre des façons de s'exprimer telles que celles-ci, par exemple : — Nous voyons que les deux côtés du système nerveux n'ont plus même les mêmes fonctions, mais qu'une fonction, comme celle du langage, est, chez l'homme, tout à fait liée à l'hémisphère gauche. — En réalité, les faits sont beaucoup plus complexes.

C'est un principe faux, en tout cas, que celui de l'unilatéralité fonctionnelle d'un système dont les organes sont bilatéraux. J'ai toujours soutenu et trouvé vraie la doctrine de la bilatéralité fonctionnelle des centres corticaux, non seulement de la vision et de l'audition, mais des centres corticaux des sensibilités superficielles et profondes. J'ai pu nier ainsi l'existence des hallucinations unilatérales. Ce n'est rien objecter de valable, comme on le fait en clinique, que de prétendre que les malades n'accusent quelquefois qu'une hallucination unilatérale de la vue ou de l'ouïe. Les malades ne savent pas observer et n'ont point mission de faire la science. Si l'on songe au petit nombre d'hallucinations unilatérales, et aux conditions dans lesquelles les observations ont été recueillies pour la plupart, on inclinera sans doute à penser qu'avant de chercher à expliquer un fait aussi inexplicable que celui d'hallucinations unilatérales, il serait utile d'établir s'il existe. Or, il n'existe pas, parce qu'il ne peut pas plus exister que la cécité unilatérale et croisée par lésions corticales de l'appareil de la vision. Si toute

©BIUM

perception, vraie ou fausse, est une hallucination, et si l'hallucination est une excitation des centres sensoriels ou sensitifs de l'écorce cérébrale des hémisphères, *une lésion irritative d'un lobe occipital projettera au dehors, sur les moitiés homonymes des deux champs visuels, une image ou un groupe d'images dites hallucinatoires.* De même qu'une lésion destructive unilatérale d'un lobe occipital détermine une hémianopsie bilatérale homonyme, affectant de cécité partielle les *deux* moitiés correspondantes du champ visuel, une lésion irritative unilatérale des mêmes régions corticales doit déterminer une hallucination bilatérale homonyme affectant partiellement les champs visuels des deux yeux (1).

Lewandowsky a au contraire pleinement raison, selon nous, quand il soutient qu'il *doit* exister un centre moteur de l'*écriture*, alors même que le substratum anatomique n'en serait pas encore sûrement déterminé sur l'écorce. Mais, puisque la fonction implique l'organe, pourquoi revendiquer une autonomie véritable pour l'observation clinique et l'expérimentation physiologique, au regard de l'anatomie normale et pathologique? Ces idées sont dans l'air, nous le savons; mais elles étaient plus de saison au temps de Claude Bernard que de nos jours. Dans la pratique, il n'y a point de doute qu'il faut décrire les symptômes sans attendre la découverte des centres et des faisceaux nerveux correspondants. Mais, encore une fois, c'est une conception dualiste des plus dangereuses que de proclamer l'indépendance de la fonction, comme telle, du substratum matériel qui la conditionne et qui, seul, est réel, quoique inconnu dans sa nature.

C'est par un pur artifice de langage qu'on peut distinguer une fonction, quelle qu'elle soit, de la matière dont est constitué son organe, et cela uniquement parce que les choses nous apparaissent sous deux aspects. Au fond, l'un de ces deux aspects, le subjectif, nous est seul directement connu; l'autre, l'objectif, n'est qu'inféré et le sera éternellement. Qu'importe? L'anatomie normale et pathologique en particulier démontre

(1) Dans un cas bien observé, de Peterson, les hallucinations de la vue n'apparaissaient que dans la moitié des deux champs visuels droits, ne dépassant point la ligne verticale de démarcation des deux moitiés saine et aveugle du champ visuel. (Homonymous hemiopic Hallucinations. *New-York med. Journ.*, 1890, 30 Aug.)

©BIUM

bien que les fonctions de la sensibilité, de la motilité et de la pensée dépendent, autant que tout autre phénomène naturel, de la structure, de la texture et de l'état de la nutrition des différents éléments anatomiques du névraxe.

JULES SOURY.

Statistique des alcooliques traités à l'Asile cantonal des aliénés de Genève de 1901-1906; par le Dr G. Weber. Thèse de doctorat, Genève 1907.

Le Conseil Fédéral avait nommé M. le professeur Dr R. Weber, directeur de l'asile des aliénés de Genève, l'un des trois experts qui devaient rapporter sur la question de la prohibition de l'absinthe en Suisse.

La recherche des cas cliniques observés à l'asile a fait le sujet de la thèse présente que nous résumons dans ses grandes lignes.

Pendant la période de 1901-1906, sur 100 admissions, nous comptons 21 d'alcooliques, ou, en ne prenant que les hommes, 32.

Nous avons reçu 246 alcooliques (209 hommes, 37 femmes), que nous divisons en deux catégories :

1° Formes épileptiques : 83 hommes, 7 femmes. Total : 90.

2° Formes non épileptiques: 126 hommes, 30 femmes. Total 156.

La moyenne d'âge pour les épileptiques (44 ans) est à peu près la même que pour les non épileptiques (45 ans).

Les formes épileptiques se recrutent-elles plutôt parmi les absinthiques? Question un peu difficile à résoudre; en effet, tous nos alcooliques sont aussi absinthiques.

Nous arrivons à conclure que :

1° Nous avons, parmi nos alcooliques hommes, au minimum 40 p. 100 d'épileptiques. Ce chiffre est élevé.

2° Contrairement à ce qui a été observé, les alcooliques à attaques épileptiques ne sont pas plus âgés que leurs camarades non épileptiques.

3° La fréquence et l'apparition précoce de l'épilepsie sont attribuables à un mode d'intoxication particulièrement énergique : chez nous, c'est précisément l'absinthe qui en est le représentant classique.

©BIUM

Nous répartissons, suivant les formes, nos alcooliques en :

Delirium tremens	88, ou 35	p. 100
Délire auditif (Paranoïa alcoolique aiguë ; hallucinose aiguë)	36, ou 15	—
Délire atypique	36, ou 15	—
Alcoolisme aigu	23, ou 9	—
Psychose de Korsakoff	11, ou 4,5	—
Acoolisme chronique	47, ou 19	—
Epilepsie compliquée d'alcoolisme	5, ou 2	—
Total	246	

Delirium tremens. — Hommes : 84. Femmes : 4. Total : 88. Moyenne d'âge : 42 ans.

	Epileptiques.	Non épileptiques.
Hérédité directe	11 (31 p. 100)	17 (32 p. 100)
Hérédité collatérale	8 (23 —	12 (22 —
Hérédité descendante	8 (23 —	10 (19 —

Formes épileptiques, 35 (40 p. 100). Chiffre élevé tenant vraisemblablement à l'absinthe. — Non épileptiques, 53 (60 p. 100).

Durée moyenne du délire dans les deux classes, 7 à 8 jours ; (Jacobsohn-Danemark, 6 à 7 jours ; Villers-Belgique, 2 à 3 jours ; Bonhöffer-Allemagne, 3 à 5 jours).

Les causes notées sont surtout des maladies infectieuses (rarement des traumatismes) ; elles sont indiquées 19 fois sur 53 chez les non épileptiques et 17 fois sur 35 chez les épileptiques ; ces buveurs, par suite d'éthylisme plus intense, ont-ils été plus exposés à l'infection ?

L'issue a été la guérison pour 75 p. 100 des formes épileptiques et de 100 p. 100 chez les non épileptiques, et le décès chez 25 p. 100 des formes épileptiques et de 0 p. 100 chez les non épileptiques.

Le delirium tremens épileptique représente une forme plus grave que le delirium tremens simple.

Le plus souvent, les récidives chez le même individu se font dans le même type visuel ou auditif.

Sur les 88 délirants, 13 ont été particulièrement angoissés, dangereux pour eux-mêmes ou pour leur entourage ; la proportion nous semble élevée, elle provient sans doute des effets de l'absinthe ; les formes épileptiques ont à leur actif trois fois plus de tentatives d'homicide que les formes non épileptiques.

©BIUM

Le delirium tremens, notons-le en passant, a été deux fois plus fréquent que le délire auditif.

Délire auditif. — Hommes : 31. Femmes : 5. Total : 36. Moyenne d'âge : 42 ans 1/2.

Formes épileptiques 4 (11 p. 100). Durée moyenne : 33 jours.

Ces malades sont angoissés, à caractère emporté ; ils réagissent d'une façon violente ; ce sont des individus particulièrement dangereux. Faut-il y voir une action de l'absinthe?

Ces malades ont été internés : 14 pour scandale et violences ; 7 pour tentatives de suicide ; 3 pour tentatives d'homicide ; 1 pour meurtre.

Délire atypique. — Les observations réunies sous cette rubrique se répartissent en 2 catégories :

1° Période de délire courte, sans prédominance de délire visuel ou auditif.

2° La symptomalogie et l'étiologie ont été altérées par la présence de maladies corporelles graves : tuberculose, néphrite, pneumonie. Ce groupe a contribué à augmenter la durée du délire et le taux des décès.

36 cas. Moyenne d'âge : épileptiques : 42 ans ; non épileptiques : 38 ans ; 46 p. 100 d'épileptiques ; 54 p. 100 de non-épileptiques.

Durée moyenne : 39 jours chez les épileptiques ; 12 chez les non épileptiques.

Guérison : 60 p. 100 chez les non épileptiques ; 20 p. 100 chez les épileptiques.

Les trois quarts ont pris une tournure chronique.

Léthalité chez les épileptiques, 68 p. 100 ; chez les non-épileptiques, 32 p. 100.

Age moyen des 11 décédés épileptiques : 42 ans,

Age moyen des 6 décédés non épileptiques : 52 ans.

Sur les 36 malades, 14 étaient des absinthiques notoires.

Alcoolisme aigu. — Nous comptons des cas de valeur assez différente : personnages adonnés depuis peu à l'alcool et chez qui survinrent des accidents aigus ; personnes plus âgées — alcooliques depuis plus ou moins longtemps — qui se mettent tard à faire de gros excès.

23 cas. Moyenne d'âge : forme épileptique, 32 ans ; forme non épileptique, 38 ans.

Les épileptiques se trouvent relativement nombreux entre 18 et 20 ans ; l'alcool n'est-il que la cause occasionnelle de

©BIUM

l'épilepsie? Tous étaient buveurs d'alcools concentrés, d'absinthe en particulier.

Hérédité directe chez un quart;

Hérédité collatérale chez un peu plus d'un quart.

Plusieurs ont été conduits à l'asile après scandale, tentatives criminelles, etc.

Psychose de Korsakoff. — 11 cas : 6 hommes, 5 femmes. Age moyen : 49 ans 1/2; au-dessous en général pour les formes épileptiques; au-dessus pour les autres. Formes épileptiques, 5; formes non épileptiques, 6.

M. le professeur Weber n'a pas vu à l'asile des Korsakoff d'origine non alcoolique. Sur les 11 malades, 7 ont été soignés antérieurement pour délirium tremens ou autres psychoses alcooliques.

Hérédité alcoolique directe (père)	5 cas.
Hérédité alcoolique collatérale.	3 —
Hérédité vésanique (frères, sœurs)	1 —
Hérédité directe niée	6 —

Issue : 1 décès (tuberculose pulmonaire), 6 stationnaires, 3 améliorés, 1 démence progressive.

D'après nos observations, la psychose de Korsakoff est attribuable à une intoxication alcoolique particulièrement grave et de longue durée; cette psychose se développe volontiers chez les alcooliques ayant déjà souffert plusieurs fois de délire d'origine éthylique.

Quant au début de cette psychose, par une maladie infectieuse aiguë (Mönkemöller, Bonhoeffer), nous ne pouvons le constater ici, ni envisager cette maladie comme une psychose infectieuse (Kraepelin); nos anamnèses, très complètes à ce sujet, nous disent ceci :

Maladies corporelles ayant précédé le Korsakoff :

Bronchite fébrile légère, 2 hommes;

Tuberculose pulmonaire, 1 femme;

Luès (2 ans auparavant), 1 homme;

Point, 7.

Nous ne pouvons donc reconnaître à nos Korsakoff une étiologie dans le sens indiqué par les auteurs cités.

L'alcoolisme répété à travers plusieurs générations ne conduirait-il pas plus facilement à cette forme spéciale de démence éthylique?

Alcoolisme chronique. — Nous trouvons ici des alcooliques

©BIUM

avérés qui n'ont pas présenté à l'asile des phénomènes de délire.

47 cas dont 20 (43 p. 100) à forme épileptique. Age moyen 46 ans, âge relativement bas qui est l'indice d'une intoxication grave par l'absinthe.

	Epileptiques.	Non épileptiques.
Hérédité directe. . .	9 (45 p. 100)	8 (30 p. 100)
Hérédité collatérale .	10 (50 —)	7 (26 —)
Hérédité descendante	5 (25 —)	9 (33 —)

Parmi les 20 malades à forme épileptique, plusieurs présentaient des signes d'artério-sclérose prématurée.

Quelques individus relativement jeunes (52, 56 et 65 ans), absinthiques chroniques, ont présenté des troubles démentiels analogues à ceux de la sénilité. — 33 malades sont sortis de l'asile, rares sont ceux qui savent se conduire au dehors.

Epilepsie compliquée d'alcoolisme. — 5 cas. 4 hommes, 1 femme ; 4 fois hérédité éthylique directe (père) ; 2 fois hérédité éthylique collatérale (frères et sœurs).

Malades chez qui les crises épileptiques sont très rares (9 fois en 3 ans, par exemple), mais où, sous l'influence de l'alcool, l'épilepsie reparaît plus fortement et conduit à des troubles cérébraux graves. Sur ces cinq personnages, 3 avaient vu leur état s'améliorer à l'asile sous l'influence de l'abstinence, dans des séjours précédents.

L'auteur termine par les conclusions générales suivantes :

L'absinthe joue un rôle aggravant dans les diverses formes traitées ; nous rappelons :

1° La fréquence de l'épilepsie chez nos alcooliques (40 p. 100 au moins);

2° L'âge prématuré où débute cette épilepsie (avant la quarantaine);

3° La fréquence des formes anxieuses du délire et par suite de ceci :

4° La fréquence, chez nos buveurs d'absinthe, de scènes de violence, de tentatives d'homicide et de suicide.

Pour gagner en valeur ce travail devrait pouvoir être comparé à une statistique venant d'une contrée où l'on consomme peu ou point de liqueurs aromatisées analogues à l'absinthe.

Dr Ed. Borel (Genève.)

©BIUM

L'Écorce cérébrale. — I. *Développement, morphologie et connexions des cellules nerveuses*; par le Dr Ch. Bonne. 293 pages in-8° de la *Revue générale d'Histologie*, Lyon, Storck, 1907.

M. Ch. Bonne vient de publier la première partie d'une revue d'ensemble des travaux consacrés à l'écorce cérébrale, auxquels ses recherches personnelles lui ont permis d'ajouter d'importants documents. Cette première partie est consacrée aux cellules nerveuses du pallium, à l'exclusion des fibres myéliniques du cortex, de la névroglie et des capillaires du névraxe, ainsi que du rhinencéphale.

L'auteur, considérant la nécessité de séparer les données neurohistogénétiques générales, qui sont mal connues, des données propres au cortex, s'est efforcé de rapprocher les résultats de la méthode de Golgi de ceux des méthodes ordinaires, dont les plus importants, dus à His, sont souvent mal connus ou mal interprétés; ainsi His a passé longtemps, et à tort, pour avoir soutenu la spécificité des cellules germinatives; Cajal, qui a reproduit quelques-unes de ses données et des figures qui les illustrent (1906), l'a fait sans relever les discordances qui les séparent de celles de la méthode au chromate d'argent et d'une façon d'ailleurs bien insuffisante pour une conception de l'histogenèse de l'écorce, telle que le permet l'état actuel de la science.

M. Bonne nous montre ensuite la filiation des divers types cellulaires, maintenant bien connus grâce à l'anatomie comparée. Puis, sans aborder l'étude de la névroglie, il retrace le développement du myélosponge à peu près jusqu'au moment de la formation des premières cellules névrogliques proprement dites. Le myélosponge ne joue sans doute pas de rôle actif dans la stratification des éléments nobles, mais sa mise en évidence, particulièrement difficile, est pour le technicien le criterium d'une fixation et d'une coloration parfaites; or, nombre de mémoires récents le mentionnent à peine; il a encore une autre valeur, il aide à la détermination des zones et à l'identification de celles qui, à des stades successifs, présentent des aspects très différents grâce aux variations en nombre et en qualité des éléments libres (cellules nerveuses et névrogliques) contenus dans leurs mailles. L'auteur a eu soin, dans les nomenclatures qu'il a arrêtées pour chaque stade, de tenir compte à la fois de ces différences et de ces persistances.

L'étude des karyokinèses montre qu'elles ne sont pas toutes limitées aux premières périodes du développement; elles cessent à des stades variables pour chaque segment du névraxe. A la question de leur cessation se rattache celle de la persistance chez l'adulte de *cellules indifférentes* qui formeraient, soit à l'occasion d'une réparation de plaie, soit sans cause apparente, des cellules nouvelles nerveuses ou névrogliques. L'auteur fait la critique des nombreuses recherches expérimentales sur ce sujet et conclut au caractère abortif des cynèses observées chez l'adulte après plaies expérimentales aseptiques; il s'en tient ainsi à l'opinion courante du tissu nerveux tissu à éléments persistants.

L'article 1er se clôt par l'exposé rapide des théories histogénétiques récentes, contradictoires entre elles, du moins pour certains détails, et encore trop incomplètes pour servir de base à un exposé didactique.

L'article 2 de ce premier chapitre est consacré au développement du cortex. On n'a sur ce développement que des connaissances insuffisantes, même en tenant compte de l'anatomie comparée; il faut donc pour cette étude grouper les documents selon les trois périodes de préparation, de différenciation du cortex et de stratification; c'est le plan de l'auteur, qui examine successivement pour chacune l'embryon humain, l'embryologie comparée et fait suivre cet exposé de ses remarques sur les divers processus; ceci est précédé des nécessaires précisions topographiques avec figures.

Notons que l'auteur a le premier nettement spécifié que la couche zonale du cerveau est seule homologue des cordons blancs de la moelle (p. 400 et sqq.), fait qui explique un grand nombre de particularités histologiques, stratigraphiques et phylogénétiques, notamment l'importance des longues fibres de toute longueur qui caractérisent la couche zonale et dont la lésion entraîne toujours des troubles profonds de l'idéation.

Une autre question, se rattachant aussi à la deuxième période, est celle de la rotation des neuroblastes durant leur migration, de la matrice ou plaque interne à la couche corticale; elle montre bien l'insuffisance des données actuelles, car elle a été résolue de trois façons différentes par les trois auteurs qui l'ont abordée, His, Paton et Hataï.

Le chapitre II expose seulement la morphologie externe des cellules, c'est-à-dire leur aspect au Golgi, à l'Ehrlich, au Nissl, les détails et discussions de cytologie, tels que la nature des

©BIUM

divers plasmas intracellulaires, les fibrilles, le centrosome devant figurer au chapitre Cytologie; de même, après l'exposé de ces caractères extérieurs et de la stratification qu'ils servent à établir, l'auteur étudie les rapports réciproques et extracorticaux des cellules tels qu'on les connaît avec le Golgi et l'Ehrlich réservant pour le chapitre Cytologie les rapports d'après les méthodes qui mettent en évidence les neurofibrilles et leur dépendance (méthodes ou théories d'Apathy, Bethe, Auerbach, Held, etc.); cette division est nécessaire, car toutes les cellules n'ont pas de fibrilles, et la répartition des fibrilles dans le cytosome (néologisme désignant le corps cellulaire opposé aux prolongements) et dans les prolongements n'est pas quelconque; de plus, on ignore encore le rôle conducteur ou isolant du cytoplasme intracellulaire.

L'auteur a dû modifier légèrement la dénomination des cordons cellulaires pour la rendre applicable à toute l'écorce chez tous les animaux (Cf. p. 424). Il substitue à la classification des cellules en cellules à cylindraxe court ou à cylindraxe long une classification d'après tous les caractères de l'axone (Cf. p. 436).

Dans une longue description des cellules de la couche zonale encore mal connues, l'auteur met en relief toutes les contradictions existant dans les donnée concernant le développement et le sort de leurs prolongement et les incertitudes touchant la nature de ces cellules.

L'article 2 de ce chapitre expose d'abord le groupement et les terminaisons des fibres nerveuses intracorticales, exogènes puis autochtones, et ensuite les connexions des cellules à neurite corticifuge et le raccord des voies corticipètes aux voies corticifuges; c'est à cette étude que doit tendre toute histologie de l'écorce. L'auteur expose et critique les opinions et théories qui se rattachent à ce sujet (physiologiques, psychophysiologiques), en réservant toujours pour le chapitre ultérieur, consacré à la cytologie, la critique de l' « amiboïsme », des faits et hypothèses connexes.

Enfin l'article 3 traite l'histologie comparée de façon sommaire, mais résumant les travaux les plus récents et confirmant entre autres les idées émises sur les homologies stratigraphiques du cortex et de la moelle, sur les cellules à axone ascendant, sur le rôle des cellules à court axone.

Il convient aussi de louer la disposition matérielle et topographique de ce travail, ainsi que les nombreuses figures, qui

©BIUM

sont de l'auteur, remaniées d'après les originaux, certaines composées d'après les figures ou descriptions de plusieurs auteurs, d'autres schématisées pour expliquer des faits ou des opinions.

VICTOR PARANT.

The dissociation of a personnality, a biographical study in abnormal psychology (La dissociation d'une personnalité, étude biographique de psychologie anormale); par le Dr Morton Prince, professeur des maladies du système nerveux à *Tufts college medical school*, médecin pour les maladies nerveuses à *Boston city hospital*. 1 vol. in-8° de 569 pages; Longmans, Green et C°, édit.; New-York, Londres et Bombay, 1906.

La personne qui fait le sujet de ce livre est un bel exemple d'hystérique à personnalités multiples. Pendant sept ans, le Dr Prince a pu étudier chez cette malade la succession tantôt rapide, tantôt espacée, de trois états de conscience divers, caractérisés chacun par une manière particulière de sentir et de penser, par une humeur et un caractère différents, par des goûts, des penchants, des habitudes, une mémoire et enfin une santé spéciales. Ces personnalités différaient donc, non seulement les unes des autres, mais encore de la personnalité normale. Deux d'entre elles n'avaient pas connaissance l'une de l'autre, ni de la troisième, mais celle-ci avait connaissance des deux autres. Dans chacun de ces états le sujet était en mesure de prendre part à la vie commune et d'en remplir les obligations quotidiennes; en un mot, chaque personnalité était capable de vivre une existence séparée, ce qui rapproche ce cas des observations bien connues de Felida, due à Azam, de Vivet, due à divers auteurs français, et de Ansel Bourne étudiée par R. Hodgson et William James. Pendant trois ans ces trois personnes en une seule enveloppe ont joué une comédie de malentendus et de quiproquos le plus souvent comiques à la vérité, mais quelquefois réellement tragiques.

Le sujet, Miss B..., de par son aïeul et son père qui étaient des déséquilibrés violents, est une prédisposée. Dès son enfance, elle manifesta des dispositions névropathiques par une impressionnabilité excessive, des maux de tête, des cauchemars, des attaques de somnambulisme. A l'âge de quatorze ans, elle fut ramenée une nuit à la maison par un agent de police qui l'avait trouvée errante et en chemise sur la voie publique. Pendant

©BIUM

plusieurs années elle manifesta des sortes de crises (*trances*), pendant lesquelles elle perdait pendant quelques minutes la notion du monde extérieur. Elle avait des hallucinations, des rêveries diurnes qui créaient en elle des illusions qu'elle mêlait ensuite à la réalité. Elle était, nonobstant, d'une intelligence éveillée, amie de l'étude et des livres. Sa jeunesse fut malheureuse. La mort prématurée de sa mère lui procura un ébranlement cérébral qu'aggravèrent dans la suite les déportements de son père. En 1893, étant infirmière dans un hôpital, elle subit, au milieu d'un concours de circonstances terrifiantes, une émotion violente qui fut le point de départ d'une série de troubles nerveux consécutifs et d'une première dissociation de la personnalité.

En 1898, quand le Dr Prince commença à l'observer, elle était âgée de vingt-trois ans et depuis cinq ans souffrait de troubles neurasthéniques de toute espèce : céphalées, insomnie, névralgies, fatigues persistantes, nutrition délabrée. Elle ne présentait pas de stigmates physiques d'hystérie ni d'anesthésies, mais une profonde aboulie avec rétrécissement du champ de la conscience. Elle était à ce moment, avons-nous dit, fait dont l'observateur ne s'aperçut que beaucoup plus tard, dans un premier état de conscience pathologique que l'auteur désigne par BI. Elle était hypnotisable : l'état hypnotique, qui n'était pas, à proprement parler, une personnalité à part, fut désigné par BII. Plus tard, quand un nouvel état de conscience indépendant fut découvert, il devint nécessaire de le distinguer ; il le fut par l'attribution du signe BIII. Plus tard encore, une nouvelle personnalité se fit jour et reçut l'étiquette de BIV.

Les trois personnalités BI, BIII et BIV avaient une physionomie tranchée et une individualité nettement définie. Chacune d'elles, pourrait-on dire, représentait certains éléments de la nature de l'homme et eût pu servir à une peinture allégorique des passions du genre humain. « S'il ne s'agissait ici, écrit l'auteur, d'une étude sérieuse de psychologie, je serais tenté d'intituler ce volume : *Le Saint*, *La Femme* et *Le Diable*. Le type du Saint, dans la littérature, est représenté par BI. On pourrait dire sans exagération que son caractère personnifie les traits que toutes les religions tiennent pour ceux de la perfection idéale vers laquelle doit tendre la nature humaine. BIV est la Femme, avec les faiblesses, la dissimulation, l'ambition, l'égoïsme qui sont ordinairement la caractéristique dominante des créatures humaines du type moyen. Son idéal,

©BIUM

dans la vie, est de poursuivre ses propres fins sans souci des conséquences pour autrui, ni des moyens à mettre en œuvre. BIII est le Diable, non pas un diable immoral, mais un mauvais drôle de diable prenant plaisir à mettre obstacle aux libres aspirations de l'humanité. C'est à ses manœuvres que furent dues en grande partie les souffrances morales de BI, les difficultés sociales que rencontra BIV et les tribulations qui furent le lot de toutes les deux. » C'est dans ce style, un peu trop littéraire, à mon gré, que sont copieusement exposées les péripéties de l'observation de Miss B... qui, pour être intéressante, n'apporte pourtant aucun élément essentiellement nouveau à l'étude de la désintégration de la personnalité chez les hystériques.

Le livre se compose de deux parties. La première est consacrée à l'étude des personnalités morbides dont nous venons de tracer sommairement la physionomie. La seconde est consacrée à la recherche de la véritable personnalité. Il nous faudrait de nombreuses pages pour décrire les doutes, les incertitudes et les angoisses de l'auteur à la poursuite de ce palpitant problème. Finalement, il résulte de ces recherches que la personnalité normale de Miss B..., que le Dr Prince fut assez heureux pour reconstituer au bout de longs efforts psycho et hypnothérapiques, était une combinaison des états BI et BIV. Quant à BIII, elle s'évanouit dans le subconscient de Miss B... au fur et à mesure des progrès de la synthèse de BI et de BIV. BIII, d'ailleurs, représentant uniquement l'automatisme psychique subliminaire, n'empruntait aucun élément aux deux autres personnalités qui l'ignoraient et dont elle n'était qu'une sorte de trait d'union fantasque et désordonné.

En terminant, je signale avec plaisir çà et là, et en particulier au chapitre XIV de l'ouvrage, d'intéressantes discussions sur l'origine et les causes des personnalités multiples dans l'hystérie.

A. Cullerre.

©BIUM

Das Wesen des menschlichen Seelen-und Geisteslebens als Grundriss einer Philosophie des Denkens (Etude de la nature intime de la vie de l'âme et de l'esprit humains, abrégé d'une philosophie de la Pensée); par le professseur Dr Berthold Kern, Generalarzt, 2te völlig neubearbeitete Auflage, 1 vol. in-8°, Berlin, Aug. Hirschwald, 1907.

J'avoue que je ne me sens pas à mon aise en écrivant ce compte rendu. Car ce livre n'est point, quoique fait par un médecin, un livre de médecine, mais bien de métaphysique : et je n'aime pas la métaphysique! Malgré tous mes efforts, je n'ai jamais pu arriver à admettre que la métaphysique fût autre chose qu'un système illusoire de mots abstraits ne correspondant à aucune réalité et ayant pourtant la prétention de nous « expliquer » « tout ». Cette ancienne manière de philosopher (suivant l'expression de Littré) ne disparaîtra pas de sitôt, si même elle disparaît jamais, et elle reste encore infiltrée dans bien des domaines scientifiques qui ne se sont séparés qu'incomplètement d'elle. Dans les sciences physiques elle domine, grâce à l'abstraction mathématique, dans les concepts de force, d'énergie, d'atome, d'éther, mais cela n'a pas grande importance, car là les faits et les observations sont en masse trop considérable pour que le danger soit bien grand. La biologie et la médecine, il n'y a pas bien longtemps qu'elles étaient en proie aux théories métaphysiques; elles s'en détachent enfin. Mais en psychologie, malgré les efforts de toute une école, celle de Ribot (auquel on doit tant), que de reliquats immenses de cette époque encore si proche de nous où la psychologie n'était que de la métaphysique! Il y a à cela plusieurs causes dont une au moins consiste en ce que la psychologie n'a pas osé aborder plusieurs points que la métaphysique, que dis-je, la théologie même s'efforçaient de traiter. C'est que au milieu des abstractions, des entités ou des choses surnaturelles dont traitent la métaphysique et la théologie, il y a tout de même des faits dont elles sont obligées de s'occuper, qu'elles étudient, quoique avec des méthodes déplorables, ou qu'elles ont découvert par hasard, comme l'alchimie avait découvert l'alcool. Si bien que dans les livres des métaphysiciens ou des théologiens le psychologue ou le philosophe positif peut trouver des faits psychologiques enfouis dans une gangue métaphysique dont il faudrait les extraire. Cette gangue métaphysique est constituée par ce

©BIUM

langage spécial qui ne contient que des concepts abstraits. Malgré cette abstraction, on aperçoit sous elle parfois des réalités qu'il serait bon de mettre en valeur afin de faire rentrer ces constatations véritables dans la science ou la philosophie scientifique. Telles sont les réflexions que je me faisais en lisant ce livre de M. Berthold Kern.

Je ne puis arriver à comprendre la métaphysique qui y est exposée, bien qu'il soit très clairement écrit et remarquablement composé ; mais je sens que quelqu'un de plus compétent que moi pourrait et devrait l'utiliser pour une théorie positive de la connaissance, car ce livre porte, à mon grand plaisir, des coups formidables à quelques entités agaçantes telles que la chose en soi et l'inconnaissable dont on recommence à abuser singulièrement. En tant que système, la métaphysique de cet ouvrage est de l'idéalisme absolu : « L'ensemble du monde avec tout son contenu est donc ainsi une *idée* indépendante, autonome, existant en soi et pour soi, dont la conscience isolée ou la conscience humaine peut s'assimiler telle ou telle partie. Le monde comme idée est supporté par la Pensée. Comme la Pensée même, le monde est en dehors du temps, c'est-à-dire éternel, indépendant du moi et aussi indépendant de cette contingence qu'il y ait ou non des hommes, mais n'en dépendant pas moins de la Pensée. La Pensée est l'événement primordial, le contenu de la pensée est l'être fondamental dans lequel est contenu comme produit de la pensée tout autre être, non pas au repos, mais en devenir, comme processus d'évolution dans le sens de la pensée. Mais aussitôt que je ne fais plus attention dans cette expression qui appartient à la connaissance et qui dévoile l'essence du monde, à la création de l'être du monde par la pensée, l'idée du monde se transforme en monde objectif indépendant, en complète et éclatante conformité avec la Science de la nature, mais celle-ci avec les limites sévères que lui impose la théorie de la connaissance dans toute sa portée. » On voit ainsi que le monde est pensée et peut être aussi considéré comme objet par la pensée. L'âme est le portrait (indépendant de l'espace) de l'ensemble de l'organisation corporelle ; si bien que âme et corps sont la même chose sous un point de vue différent...

Le peu que je viens de dire intéressera, je pense, les métaphysiciens (en leur inspirant le désir de lire ce livre) et aussi ceux qui ne le sont pas, quand j'aurai ajouté que ce système de métaphysique est, dans la pensée de son auteur, aussi réaliste que possible, puisque tout ce qui *est* est réel, qu'il n'y a rien

©BIUM

de caché derrière l'âme ni le monde, qu'il n'y a pas de « chose en soi », mais ce qui est est « l'en soi » des choses.

Cela se rapproche singulièrement d'une philosophie du sens commun à laquelle je ne désespère pas voir arriver un jour les métaphysiciens par l'abandon de toute métaphysique.

PH. CHASLIN.

The general conditions associated with insanity; *their connotations and certain deductions as to their significance* (Conditions générales de l'organisme associées à la folie; leur exposé; leur signification); par H. A. Tomlinson, M. D., directeur de l'hôpital d'Etat de Saint-Peter (Minnesota); in-8°, 24 pages, 1906.

La thèse de l'auteur est la suivante : Il ne peut y avoir de modification particulière dans un organe sans un trouble général de l'organisme, et l'étude de ce dernier dépasse en importance celle du premier. Quelque spéciale que soit la structure d'un organe, quelques spécifiques que soient ses réactions pathologiques, l'organisme entier participe à la maladie et les troubles de l'activité fonctionnelle de chacun des autres organes sont proportionnels à la plus ou moins grande intimité de leurs relations avec l'organe lésé.

Appliquant ces vues à l'étude de la folie, l'auteur a consigné, dans une statistique portant sur neuf années, les particularités pathologiques des aliénés admis dans son établissement. Il en résulte qu'en ce qui concerne l'état de leur santé générale, tous ces malades au moment de leur admission souffraient de quelque affection, le plus souvent de troubles des organes digestifs et de la nutrition générale. Quand ceux-ci n'ont pu être modifiés par le traitement, l'état mental n'a lui-même subi aucune amélioration.

La signification clinique qui se dégage de cette méthode est, dit l'auteur, que l'esprit n'est pas une entité et ne saurait être traité directement; qu'il ne procède pas lui-même à sa propre nutrition et ne participe pas à l'élimination des déchets de sa propre activité; qu'il est donc, en tant qu'organe en fonction, tributaire des organes de la vie végétative. D'où l'on pourrait tirer cette conséquence, favorable à la théorie de l'auto-intoxication, que l'insuffisance fonctionnelle des organes qui président à l'élimination des déchets de l'organisme joue un rôle plus important dans la pathogénie de la folie que l'insuffisance des

©BIUM

organes d'assimilation. Il faut toutefois remarquer que bien que la majorité des individus, à un moment donné, subisse plus ou moins ces troubles des fonctions de la nutrition, il n'y en a qu'un très petit nombre dont le cerveau en soit affecté au point de faire du délire ou de la démence. Il convient donc de tenir compte du degré très variable de puissance cérébrale des sujets. Une étude attentive de l'histoire naturelle de la folie montre que les défectuosités mentales existent longtemps avant de se manifester au dehors, et qu'elles peuvent même rester latentes la vie entière si les circonstances sont favorables. Le trouble nutritif ne fait donc en définitive que faire éclater une virtualité préexistante.

Pour conclure, il y a dans l'étude de la folie et de ses manifestations à tenir compte du potentiel cérébral et de sa qualité; de la prédisposition héréditaire et de ses formes; de l'état des fonctions organiques et de leur rôle dans le processus. C'est en s'adressant à ces dernières que notre thérapeutique pourra enrayer le mal et le guérir.

A. Cullerre.

The expression of feelings (L'expression des émotions); par F. M. Urban, broch., in-8°. Extrait des *Etudes psychologiques de Harvard*, 1906.

Les expériences de laboratoire prouvent que l'innervation du cœur, des artères et des capillaires est soumise à l'action des centres nerveux, ce qui conduit à admettre que les changements qui surviennent dans la courbe du pouls sont la résultante des émotions et par conséquent sont l'effet de la fonction de ces centres. Le problème de l'influence mystérieuse des processus mentaux sur l'organisme se trouve donc réduit à l'analyse de conditions purement physiologiques. Mais la théorie de James, Lange, Ribot et autres sur le mécanisme des émotions est susceptible de deux objections : 1° La perception d'une modification corporelle sentie dans le temps même où elle se produit n'est qu'une vue de l'esprit, tout processus exigeant pour se produire un certain temps. Les expériences de Lehmann prouvent d'ailleurs que la modification physiologique n'a lieu qu'après que l'état émotionnel est commencé ; 2° les états émotionnels existent parfois sans que les instruments de contrôle puissent révéler la moindre modification physiologique.

Cette conception qui fait de l'émotion une simple perception

©BIUM

de sensations corporelles n'eût jamais vu le jour si les auteurs se fussent livrés à des expériences physiologiques. Sa fausseté réside en ceci, qu'elle est une construction purement philosophique et qu'elle ne fait pas une distinction suffisante entre l'émotion et la sensation. La première donne naissance aux modifications périphériques de la circulation, la seconde éveille les processus mentaux de la connaissance.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Contribution à l'étude de la folie chez les spirites; par le Dr Paul Duhem. 134 pages in-8°. Paris. G. Steinheil, 1904.

— Report on the disaster which befell Agnews state hospital, april 18, 1906; par le Dr Léonard Stocking. 14 pages in-8°, . l. n. d.

— Types of the devolutional psychoses; par le Dr Clarence B. Farrar (Baltimore). 15 pages in-8°. Extrait de *British medical Journal*, septembre 1906.

— Evangelische Heilanstalt « Sonnenhalde » für weibl. Gemütskranke bei Riehen. Sechster Jahresbericht (1er September 1906 bis 31 August 1906); par le Dr C. Bach. 16 pages in-18°. Bâle, 1906.

— The motor degenerative sequence in dementia; par le Dr Tomlinson, 11 pages in-12. Extrait du *Journal of the American medical Association*, octobre 1906.

— 27th annual report of the state hospital for insane Norristown, Pa., for the year ending september 30, 1906. 102 pages in-8°, avec planches. Norristown, 1906.

— Leçons sur les maladies mentales; par le Dr Biante. Brochures extraites de la *Gazette médicale de Nantes*, 1904 à 1906.

— Sopra le alterazioni del sistema nervoso nel mixedema post-operatorio e sulla funzione dell' ipofisi; par le Dr Guido Garbini. 3 pages in-8°. Extrait du *Bollettino ed Archivio dell' Istituto Umbro di scienze et lettere*. S. d.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Décret du 20 juillet* 1907 : M. le Dr Ballet (Gilbert), agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours de clinique annexe à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à ladite Faculté.

— *Décret du 4 août* 1907 : Sur la proposition du grand chancelier de l'ordre national de la Légion d'honneur, est nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur, M. Baudard (François-Marius), directeur honoraire des asiles d'aliénés de la Seine, ancien maire de Nogent-sur-Marne, ancien professeur; quarante-cinq ans de services tant dans l'enseignement que dans l'administration.

— *Arrêtés de juin* 1907 : M. le Dr Raviart, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lille, est nommé médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord); poste créé;

MM. les Drs Lagriffe, médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère), et Aubry, médecin-adjoint de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.000 francs).

— *Arrêtés de juillet* 1907 : M. le Dr Truelle, médecin-adjoint, est nommé directeur médecin de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) ; poste créé;

M. le Dr Arsimoles, médecin-adjoint de l'asile de Leyme (Lot), est nommé médecin-adjoint de l'asile de la Charité (Nièvre).

M. Boucher (Victor), infirmier de l'asile d'aliénés de la Sarthe, a obtenu la médaille de bronze de l'Assistance publique.

— *Arrêtés d'août* 1907 : M. le Dr Broquère, médecin de l'asile d'Evreux (Eure), est nommé médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), en remplacement de M. le Dr Pichenot, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin en chef honoraire des asiles publics d'aliénés;

M. le Dr Lallemant, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), est nommé directeur-médecin de

©BIUM

l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), en remplacement de M. le Dr Giraud, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur-médecin honoraire des asiles publics d'aliénés;

M. le Dr Hamel, directeur-médecin de l'asile d'Auxerre (Yonne), est nommé directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure);

M. le Dr Dide, médecin-adjoint de l'asile de Rennes (Ille-et-Vilaine), est nommé directeur-médecin de l'asile d'Auxerre (Yonne).

— *Faculté de médecine de Lille* : M. le Dr Raviart, agrégé, médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord), est chargé d'un cours théorique et pratique de médecine mentale, pour l'année scolaire 1907-1908.

— *Faculté de médecine de Paris* : M. le Dr Charpentier (René), médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), a été nommé, après concours, chef de clinique des maladies mentales.

NÉCROLOGIE

Dr Jules Christian. — Nous avons la profonde douleur d'annoncer la mort de notre excellent collègue et ami, le Dr J. Christian, décédé presque subitement le 11 juillet 1907, dans sa soixante-huitième année.

Jules Christian était né à Bischwiller, en Alsace, le 16 mars 1840. Après de fortes et solides études classiques au Lycée de Strasbourg, il se fit inscrire à la Faculté de médecine de cette ville. Tous ceux qui ont passé par cette savante école ne se rappellent pas sans émotion les maîtres éminents, estimés et aimés, autant pour leur vaste science que pour le dévouement inlassable avec lequel ils prodiguaient leur savoir à leurs nombreux élèves. Christian, esprit curieux et réfléchi, profita largement de cet enseignement, et dès 1860, à peine âgé de vingt ans, il fut nommé externe des hôpitaux de Strasbourg.

Parmi les agrégés de la Faculté se trouvait le Dr Henry Dagonet, médecin en chef de l'asile de Stephansfeld (Bas-Rhin), qui, par son enseignement et son *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales* (1862), s'était acquis une réputation justement méritée. Christian était un auditeur assidu aux leçons du jeune maître; il y prit goût aux recherches médico-psychologiques, et, l'occasion s'en présentant, se fit nommer interne de l'important service dirigé par Dagonet. Il resta pendant près de trois ans dans cet établissement de Stephansfeld qui, recevant les aliénés de toute l'Alsace, constituait un champ d'investigation clinique d'une rare richesse; il

©BIUM

le cultiva avec amour et non sans profit pour le progrès de la science.

Dès 1863, il envoyait à la Société médico-psychologique un mémoire pour le prix Esquirol, intitulé : *Des néo-membranes de la dure-mère chez les aliénés*. Ce travail, savamment documenté, écrit clairement, et où perçaient quelques idées originales, obtint le prix. L'année suivante, le jeune lauréat soutenait sa thèse de doctorat. Cette thèse, *Sur la pachyméningite hémorragique*, est une œuvre à bien des égards remarquable ; elle fut ainsi appréciée par ses juges, puisqu'elle fut classée la première sur 76 et obtint le prix de thèse.

Ces débuts brillants marquaient la place de notre collègue parmi les futurs maîtres de la Faculté de Strasbourg ; ses amis lui présageaient le plus bel avenir dans l'enseignement et le poussaient dans la voie des concours. Peut-être était-ce là son secret désir ; mais, voyant les difficultés de la tâche, il résolut, après un séjour de quelques mois à Paris, où il suivit assidûment les amphithéâtres et les hôpitaux, de s'installer dans sa ville natale pour y faire de la médecine. Il s'y maria avec la fille d'un médecin distingué, le Dr Berger, qui s'était acquis une réputation justement méritée de savoir et de dévouement.

Le sort de Christian semblait dorénavant fixé ; il remplissait sa mission difficile et délicate de médecin de campagne et de petite ville avec une patience inlassable, lorsque la guerre éclata. Dès les premiers jours d'août 1870, il n'était douteux pour personne, en Alsace, que les premiers combats seraient livrés dans les plaines du Bas-Rhin, et qu'ils seraient meurtriers. De tous côtés, on sentit la pressante nécessité de s'unir pour porter aide et assistance aux nombreuses victimes de la guerre. Dès le le demain du combat de Wissembourg (4 août), les notables de Bischwiller se réunirent en Comité de secours aux blessés, dont ils nommèrent le Dr Christian vice-président. Notre collègue se montra digne du choix de ses concitoyens. Par son zèle qui ne se démentit jamais, il contribua puissamment à organiser une ambulance dans laquelle furent recueillis près de 800 blessés provenant des champs de bataille de Wœrth, et plus tard quelques centaines de blessés et de malades provenant de diverses évacuations. Depuis le 6 août 1870 jusqu'au mois de septembre 1871, Christian remplit gratuitement les fonctions de médecin à cette ambulance ; à partir du mois de mars 1871, il resta même seul chargé du service, après le départ des médecins allemands. Il n'en continuait pas moins, pendant ce temps, à soigner les malades de l'hôpital civil qui avait été créé à Bischwiller, l'année précédente, et dont il avait été nommé médecin.

Mais le moment était venu où, d'après les clauses du traité

©BIUM

de Francfort, allait se poser pour lui la cruelle alternative de devenir Allemand ou de rester Français, mais de quitter le sol natal. Il opta pour la nationalité française, abandonnant ainsi, volontairement, une clientèle en pleine prospérité, une situation honorable, acquise par ses efforts et son travail, un milieu familial qui lui était cher. Tout était à recommencer; mais, heureusement, il ne se laissa pas aller au découragement. L'occasion lui parut excellente de revenir aux études qui lui avaient valu ses premiers succès; et, sans tarder, il sollicita un poste de médecin-adjoint des asiles d'aliénés. L'administration, faisant droit à sa demande, l'envoya à l'asile de Montdevergues, dans le département de Vaucluse; il y resta près de quatre ans.

Christian sut rendre fécondes ces années d'adjuvat. Observateur sagace, travailleur infatigable, il eut tôt fait de réunir les matériaux de mémoires originaux qu'il publia dans les *Annales médico-psychologiques* ou dans les *Archives générales de médecine*. Citons, entre autres, son travail sur les *Traumatismes chez les aliénés*, et celui sur la *Folie consécutive aux maladies aiguës*, qui méritent, à tous égards, d'être encore consultés, les sujets qui y sont abordés étant toujours d'actualité.

C'est de cette époque que date aussi son remarquable ouvrage sur les *Troubles de la sensibilité chez les mélancoliques*. Il fut envoyé au concours du prix Aubanel, à décerner en 1875. Pour en apprécier le mérite, nous ne saurions mieux faire que de citer les passages suivants du rapport de M. Jules Falret, bon juge en la matière : « On peut faire l'éloge de ce mémoire « en une seule phrase, dit notre regretté maître, en disant de « lui : Non seulement il renferme un exposé très complet et « très bien coordonné de l'état de la science, mais à chaque « page il contient quelque vue nouvelle et, de plus, il fait pen- « ser le lecteur en même temps qu'il expose les vues propres « de l'auteur. » Et plus loin, comme conclusion : « Il nous « serait impossible, dans les limites étroites d'un rapport, de « donner une idée exacte et complète de toutes les considéra- « tions neuves et originales contenues dans les diverses parties « de ce mémoire. Mais ce que nous devions faire ressortir ici, « c'était l'originalité en même temps que le caractère essentiel- « lement clinique de ce travail, remarquable à bien des titres, « et qui mérite certainement d'occuper une place privilégiée au « milieu de tous ceux qui ont été soumis à notre examen. »

Cette place privilégiée ne fut pas la première. Le mémoire de Christian ne fut classé que le deuxième par la Commission, et obtint la première mention honorable.

Quelques mois après, en avril 1876, notre confrère fut appelé

©BIUM

à la direction du service des hommes de l'asile d'aliénés de Maréville, près Nancy. Dans ce nouvel et vaste champ d'observation qui lui était confié, il sut faire d'abondantes moissons. Il s'attacha surtout à l'étude de la paralysie générale et à celle de l'épilepsie. A la première de ces deux affections, il consacra plusieurs articles et mémoires du plus grand intérêt; la seconde fut étudiée par lui d'une façon spéciale dans un important travail qu'il envoya à l'Académie de médecine pour le prix Falret et qui obtint ce prix au concours de 1878. La question à traiter était la suivante : *De l'épilepsie dans ses rapports avec la folie.*

Outre ces travaux, Christian faisait à la Faculté de médecine de Nancy un cours de clinique des maladies mentales, qui fut très suivi et très goûté. Ce cours gratuit, mais autorisé par le ministre de l'Instruction publique, se serait sans doute transformé avec le temps en une chaire professorale; tous ses futurs collègues de la Faculté le lui prédisaient en présence du succès de son enseignement.

Le hasard des circonstances devait en décider autrement. Un concours sur titres ayant été ouvert pour deux places de médecin de la Maison nationale de Charenton, Christian fut nommé à l'une d'elles, et il entra en fonctions le 15 février 1879. Depuis cette date jusqu'au jour de sa retraite, le 31 décembre 1904, c'est-à-dire pendant plus d'un quart de siècle, on put le voir faisant son service avec une rare ponctualité, bon et dévoué à ses malades, bienveillant pour ses inférieurs, conciliant toujours, ce qui ne l'empêchait pas d'être très entier quand il s'agissait de la défense des prérogatives médicales.

Christian, durant cette longue période, a beaucoup écrit sur les sujets les plus divers de la médecine mentale; mais il s'est toujours particulièrement attaché à la paralysie générale, son service étant abondamment pourvu de malades atteints de cette funeste affection. Il s'était fait sur la périencéphalite chronique diffuse des opinions très arrêtées qu'il avait puisées autant dans la tradition des créateurs de ce type morbide que dans une observation personnelle longue et suivie. Il les défendait avec une ténacité rare, fait étonnant de la part d'un esprit qui affichait volontiers un certain scepticisme. Mais il faut bien le reconnaître, ce scepticisme n'était que de surface, à fleur de peau, pour ainsi dire; car, au fond, Christian était un convaincu, qui avait ses idées nettes et arrêtées, résultat de ses études et de ses réflexions ; mais sceptique il l'était, en ce sens qu'il ne donnait son adhésion qu'à ce qui lui était prouvé avec évidence. Aussi poursuivait-il volontiers de ses critiques toutes les nouveautés qui n'étaient pas basées sur des faits bien observés, ou dont la démonstration lui semblait douteuse.

Ce n'est pas le lieu d'analyser les nombreux mémoires que

©BIUM

notre regretté collègue a publiés dans cette dernière phase de sa vie, soit dans les *Annales médico-psychologiques*, soit dans les *Archives de neurologie*, ou encore dans le *Dictionnaire* de Dechambre. Tous portent le cachet de son esprit net et précis, de son grand sens critique, et de la plus fine observation. On nous permettra cependant de signaler, dans cette œuvre si riche et si variée, deux ouvrages qui méritent à juste titre une mention spéciale ; je veux parler de son travail sur l'*Epilepsie et la folie épileptique*, qui obtint un prix de 4.000 francs de l'Académie de médecine de Belgique, et de celui sur la *Démence précoce des jeunes gens*, qui a pour sous-titre : *Contribution à l'étude de l'hébéphrénie*. Il me semble inutile d'insister sur l'importance de ces deux travaux, dont la place est marquée dans la bibliothèque de tout médecin aliéniste.

Christian faisait partie de la Société médico-psychologique depuis le 26 juin 1865. Il avait été élu membre correspondant, sur un rapport de notre éminent ami le Dr Motet. Dans la séance du 31 mars 1879, il fut nommé membre titulaire après lecture d'un rapport de son premier maître en médecine mentale, le Dr H. Dagonet. On sait la part très active qu'il prit aux travaux de la Société, les nombreuses communications qu'il présenta ; il est peu de discussions sur des sujets importants où il n'ait pris la parole, apportant sa note personnelle, toujours pleine de courtoisie, mais faite de fine critique et de grand bon sens.

Notre regretté collègue avait l'abord froid ; mais on ne tardait pas à constater que sous ces apparences de froideur, se cachait le cœur le meilleur, le plus dévoué. Il était bon, compatissant, serviable. Plus que personne, je pourrais parler des innombrables services qu'il a rendus ; mais je sais aussi qu'il avait en quelque sorte la pudeur du bien qu'il faisait : selon la parole de l'Ecriture, il voulait que la main gauche ignorât ce que faisait la main droite.

Simple et modeste, il avait une répulsion instinctive pour toute espèce de réclame ou de charlatanisme. Il considérait — et avec raison — comme la première des vertus celle de faire son devoir sans ostentation, et simplement parce que c'est le devoir. Jamais il ne cherchait à se faire valoir au détriment des autres, chose courante aujourd'hui, paraît-il, dans certains milieux, où le désir d'arriver vite et haut ne recule pas devant le choix des moyens.

Sa haute probité scientifique et ses belles qualités morales avaient valu à Christian la profonde estime et la sincère affection de tous ses collègues. Aussi le choix qu'on fit de lui pour la présidence de l'Association mutuelle des médecins aliénistes fut-il unanimement approuvé ; cette marque de confiance,

©BIUM

qu'il méritait à tous les titres, le toucha vivement. Malgré sa modestie, il était fier d'être ainsi appelé à présider aux destinées de cette œuvre de bienfaisance fondée par un de ses maîtres vénérés et aimés, le Dr Baillarger.

Christian, qui avait pris sa retraite le 31 décembre 1904, ne se confina pas dans une égoïste solitude; il continua de rester en contact avec ses collègues, et fut plus que jamais assidu aux réunions de la Société médico-psychologique. Malheureusement, des symptômes fâcheux du côté du cœur se déclarèrent il y a quelques mois, et ce fut pour lui une cause de véritable tristesse de ne pouvoir assister, le 29 avril dernier, au banquet annuel de notre Compagnie. Depuis, les crises cardiaques devinrent plus fréquentes, et notre regretté collègue et ami succomba, dans l'une d'elles, le jeudi 11 juillet, vers onze heures du soir.

Ses obsèques eurent lieu le 13 juillet. Il avait stipulé lui-même qu'elles fussent très simples; il ne voulait être accompagné à sa dernière demeure que par sa famille et ses plus intimes amis. Il avait exprimé le désir qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe; mais, malgré sa modestie, il n'a pu réprimer ce que Sainte-Beuve appelait « les voix du lendemain ». Ces voix ont déjà dit, et répéteront, que Christian fut un savant d'une rare distinction, un médecin dévoué à ses malades, un confrère d'une probité exemplaire, un ami sûr, et qu'à tous ces titres, il mérite de revivre dans la mémoire non seulement de ceux qui l'ont connu et aimé, mais encore de tous ceux — et ils sont nombreux — qui apprécient son œuvre scientifique, dont la place est marquée dans l'histoire du mouvement psychiatrique du dernier tiers de siècle.

ANT. RITTI.

LA REVISION DE LA LOI DE 1838 AU SÉNAT (1)

La Commission du Sénat, chargée d'examiner la proposition de loi votée par la Chambre et relative aux modifications à apporter à la loi de 1838 sur le régime des aliénés, poursuit activement ses travaux sous la présidence de M. Rolland.

Dans le texte voté par la Chambre des députés, une disposition avait été introduite qui avait fait naître les plus vives appréhensions dans l'esprit des médecins actuels des asiles et surtout des docteurs se préparant au concours d'adjuvat; elle édictait que ces médecins pourraient demeurer normalement et

(1) Nous avons reçu cette note le 13 juillet 1907, trop tard pour l'insérer dans le dernier numéro des *Annales*.

©BIUM

se consacrer librement à l'exercice de la médecine en dehors des asiles, par assimilation aux médecins des hôpitaux.

Après avoir recueilli de nombreux et concordants témoignages, et conformément à l'avis du ministre de l'Intérieur, considérant qu'il y avait intérêt à ce que les futurs candidats au concours d'adjuvat connussent sur ce point son avis, qui sera, sans aucun doute, l'avis du Sénat lui-même, la Commission a décidé de se prononcer dès maintenant sur la disposition sus-visée ; à l'unanimité, elle a résolu d'effacer de la proposition de loi la disposition relative au libre exercice de la médecine, et de faire de la résidence du médecin dans l'asile le régime normal auquel il ne pourrait être dérogé qu'exceptionnellement et sous des garanties spéciales.

ARRÊTÉ DU MINISTRE DE L'INTÉRIEUR RELATIF AU RECRUTEMENT DES MÉDECINS DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE.

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur.

Vu la délibération du Conseil général de la Seine en date du 26 décembre 1906 :

Vu le rapport du préfet de la Seine en date du 21 mars 1907,

Arrête :

ART. 1er. — Le préfet de la Seine est autorisé à recruter par un concours spécial les médecins des asiles d'aliénés de la Seine.

ART. 2. — Seront admis à prendre part au concours, les médecins en chef et les médecins adjoints des asiles publics, asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, à la condition qu'ils aient occupé effectivement un poste dans un de ces établissements pendant une période d'au moins deux ans.

ART. 3. — Les conditions du concours et la composition du jury seront fixés par un arrêté ministériel.

ART. 4. — Le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques et le préfet de la Seine sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 31 juillet 1907.

G. CLEMENCEAU.

LES SUICIDES EN FRANCE PENDANT L'ANNÉE 1905

Le *Compte général de l'Administration de la justice criminelle pendant l'année* 1905, qui vient de paraître (Paris, Imprimerie nationale, 1907), contient les renseignements suivants sur les suicides durant cette année. Nous reproduisons intégralement le paragraphe consacré à cette importante question.

©BIUM

Voici, dit le rapport, quel a été, depuis dix ans, le mouvement des suicides :

1896.	9.260
1897.	9.356
1898.	9.438
1899.	8.952
1900.	8.926
1901.	8.818
1902.	8.716
1903.	8.825
1904.	8.876
1905.	9.336

Le temps d'arrêt, et même le léger recul qui s'était produit depuis huit ans dans la marche du suicide, ne s'est pas maintenu. Le chiffre de 1905 est particulièrement défavorable, car il se rapproche, à une centaine près, du maximum, atteint en 1898.

On compte 22 suicides par 100.000 habitants (ou 1 suicide par 4.204 habitants). Cette moyenne s'élève à plus de 40 sur 100.000 habitants dans les départements suivants : Eure, 50 ; Oise, 47 ; Seine-et-Marne, 46 ; Aube, 43 ; Marne, 43 ; Aisne, 41. Les départements où cette proportion n'atteint pas 10 sur 100.000 sont : la Haute-Loire, 8 ; la Vendée, le Cantal, l'Ariège et le Tarn, 7 ; la Lozère, 6 ; l'Aveyron, 5 ; et la Corse, 4. Dans la Seine, on compte 36 suicides sur 100.000 habitants.

Le tableau suivant permet de se rendre compte de l'influence du sexe, de l'âge, de l'état civil et de la profession sur la fréquence de suicide.

Tableau I.

Désignation.	Nombres moyens annuels des suicides.	Nombres proportionnels sur 100.	Proportion sur 100.000 habitants de chaque classe.
Sexe des suicidés :			
Hommes	6.857	77	35
Femmes	2.069	22	10
Age des suicidés :			
Moins de 21 ans. . . .	468	5	3
21 à 29 ans.	1.274	14	22
30 à 39 ans.	1.276	15	23
40 à 49 ans.	1.548	18	33
50 à 59 ans.	1.710	20	43
60 à 69 ans.	1.482	17	51
70 à 79 ans.	734	9	48
80 ans et plus.	186	2	53
Inconnu	248	»	»

©BIUM

Tableau II.

Désignation.	Nombres moyens annuels des suicides.	Nombres proportionnels sur 100.	Proportion sur 100.000 habitants de chaque classe.
Etat civil des suicidés :			
Célibataires	2.793	33	14
Mariés	3.651	43	23
Veufs et divers	2.009	24	72
Inconnus	467	»	»
Profession des suicidés :			
Agriculture	2.416	28	29
Industrie	1.805	20	29
Commerce	1.032	12	38
Domesticité	1.206	13	118
Professions libérales et services publics	1.378	15	89
Inconnue	1.089	12	»

En ce qui concerne les saisons, les chiffres ont peu varié: 30 suicides sur 100 au printemps, 26 p. 100 en été, 24 p. 100 en hiver et 20 p. 100 en automne.

Quant aux moyens d'exécution employés par les suicidés, les résultats proportionnels sont les suivants : pendaison, 39 p. 100 ; submersion, 26 p. 100 ; arme à feu, 13 p. 100 ; asphyxie par le charbon, 9 p. 100 ; emploi d'un instrument aigu ou tranchant, 2 p. 100 ; chute d'un lieu élevé, 4 p. 100 ; poison, 2 p. 100 ; autre mode, 5 p. 100.

Les autorités judiciaires obtiennent difficilement l'indication exacte des motifs présumés des suicides. Le relevé des causes indiquées par les informations officieuses ou judiciaires auxquelles il a été procédé a donné les résultats suivants : sur 100 suicides, 16 ont été attribués à des maladies cérébrales, 24 à des souffrances physiques, 11 à des chagrins de famille, 17 à la misère ou à des revers de fortune, 15 à des accès d'ivresse ou à des habitudes d'ivrognerie, 5 à l'amour contrarié, 2 à la débauche et 10 à des peines diverses. Ces proportions sont à peu près les mêmes chaque année.

CRIMINALITÉ ET ALCOOLISME

Le *Compte général de l'Administration de la justice criminelle pendant l'année* 1905 s'arrête d'une façon spéciale sur les relations de l'alcoolisme et de la criminalité. Relevons d'abord le mouvement, pendant les cinq dernières années, des contra-

©BIUM

ventions pour ouverture ou fermeture à des heures indues des auberges, cabarets, etc., et pour ivresse publique :

	Auberges, cabarets. Ouverture et fermeture à des heures indues.	Ivresse publique.
	—	—
1901.	15.311	46.256
1902.	15.891	49.004
1903.	16.341	45.164
1904.	15.365	43.186
1905.	16.694	50.087

On voit que les poursuites pour ivresse ont été bien plus nombreuses en 1905 que précédemment. « Il serait désirable, ajoute le Rapport, dans l'intérêt de la santé et de la moralité publiques, de voir les gendarmes et les commissaires de police mettre plus d'activité dans la constatation des infractions à la loi de 1873, en réalité beaucoup plus nombreuses que celles qui sont poursuivies. A cet effet, les gardes champêtres manquent absolument de la vigilance nécessaire. Il ne faut donc pas chercher dans ces chiffres une indication précise au sujet des progrès de l'alcoolisme. Tout porte à croire, en effet, que les dispositions répressives de la loi sur l'ivresse ne sont appliquées qu'à une infime partie de ceux qu'elles devraient atteindre. En Bretagne, notamment, c'est par milliers qu'il faudrait compter les procès-verbaux d'ivresse. L'habitude est telle, dans cette région, de voir des gens pris de boisson, que les agents de l'autorité interviennent seulement quand les délinquants sont dans un état qui ne leur permet plus de bouger, ou qu'ils causent un scandale public.

« Le mouvement de la criminalité est lié, nous l'avons déjà plusieurs fois constaté, aux progrès de l'alcoolisme. Or, la consommation moyenne de l'alcool s'élève pour la France, d'après les dernières statistiques officielles, à plus de 4 litres par habitant. Elle est de 4 lit. 64 à Paris et atteint plus de 12 litres au Havre, à Cherbourg, à Caen et à Rouen. Le nombre des débits de boissons s'est élevé, dans les deux dernières années, de 461.967 en 1903 à 468.967 en 1905.

« Pour mesurer aussi exactement que possible le degré de l'influence exercée par l'alcoolisme sur le développement des crimes et des délits, il importe d'observer le délinquant lui-même et de rechercher si telle ou telle infraction a été provoquée par l'abus de l'alcool. A cet effet, j'ai, dans une circulaire du 22 décembre dernier, prescrit aux magistrats du parquet et de l'instruction, toutes ies fois qu'un crime ou un délit leur aura été signalé, de noter sur une fiche spéciale : 1° si l'in-

©BIUM

fraction a été commise sous l'influence de l'ivresse; 2° si l'inculpé est un alcoolique invétéré ou un ivrogne d'occasion. Je me propose de publier dans le plus bref délai possible les résultats de cette enquête, qui fera d'ailleurs, chaque année, l'objet d'un examen particulier dans le compte général de la justice criminelle. »

Nous ne manquerons pas de faire connaître aux lecteurs des *Annales* les résultats de l'enquête provoquée par M. le garde des sceaux. Ils ne manqueront pas d'intérêt; espérons qu'en faisant connaître l'étendue du mal dont souffre notre pays, on pensera aussi à chercher et, surtout, à appliquer le remède.

LA FOLIE CHEZ LES ABYSSINS

Un ancien interne — et non des moins distingués — de la Maison nationale de Charenton, M. le Dr Bodros, qui a écrit une thèse de doctorat intéressante sur un sujet controversé de la médecine mentale : *De la prétendue démence des persécutés*, a été nommé, il y a quelques mois, médecin de la Compagnie impériale des chemins de fer éthiopiens. Ses nouvelles fonctions le mettent en contact avec quantité d'Abyssins des deux sexes et de tout âge. En les soignant, il se souvient de ses années d'internat dans un service d'aliénés, de ses connaissances solides en clinique mentale, et il recueille avec soin tous les faits de troubles délirants qui se présentent à son observation. Espérons qu'avec le temps — et les occasions aidant — il pourra grouper un nombre suffisant de ces faits qui lui permettront d'ajouter un chapitre à cette enquête, qui se poursuit un peu partout, sur la folie chez les diverses races humaines. En attendant, nous reproduisons les passages suivants d'une lettre qu'il nous a écrite et qui contiennent des renseignements dont nos lecteurs sauront apprécier tout l'intérêt.

« J'aurais cru, écrit notre distingué confrère, pouvoir enrichir en ce pays mes connaissances en aliénation mentale; mais outre la difficulté de l'observation et surtout de l'interrogatoire, les maladies mentales ne sont point du tout fréquentes, du moins dans le cercle où je rayonne. Il paraît que dans la haute Abyssinie, il y a beaucoup d'hystérie, du moins d'après le Dr Schwartz avec lequel je suis en correspondance, à Addis-Abbaba. Une chose m'a frappé cependant: les Abyssins sont presque tous syphilitiques; en outre, ils sont ravagés par l'alcoolisme. Or, malgré le désir que j'en avais, malgré plusieurs enquêtes faites à Harrar, où il y a de 20 à 30.000 Abyssins, je n'ai pas rencontré un seul cas de paralysie générale. Je ne doute point qu'il en existe; cependant cela n'est pas un argument en faveur de l'origine uniquement spécifique de cette maladie.

©BIUM

« En revanche, le paludisme, qui sévit ici de façon parfois fort cruelle, m'a fourni l'occasion d'observations intéressantes.

« Chez un Européen, d'abord un cas d'amnésie partielle portant uniquement sur les lieux ou noms de lieux. Il ne savait pas où il était, d'où il était, comment s'appelaient les capitales, ni même beaucoup de pays de l'Europe. Le malade est rentré chez lui, à Berlin, en voie de guérison.

« Ensuite, j'ai réuni quatre observations chez des noirs Somalis d'accès d'aliénation accompagnant les manifestations fébriles. Dans l'un de ces cas, l'accès précédait la fièvre de quatre à cinq jours et cessait avec elle. Autant que j'ai pu préciser mes renseignements, il s'agissait d'une sorte de délire hallucinatoire avec agitation extrême. Le malade a tué ainsi, à coups de lance, plusieurs chèvres et un chameau, croyant s'attaquer à des ennemis imaginaires qui venaient pour le tuer. La forme fébrile était tout à fait atypique, revenant quelquefois deux fois dans un mois, quelquefois pas du tout d'un mois à l'autre. Je n'ai pas revu ce malade depuis quelque temps.

« Dans deux autres cas, il s'agit de deux individus de la même famille, impaludés depuis plusieurs années, qui régulièrement à quelques jours l'un de l'autre ont des accès de fièvre à type quotidien, durant quatre à cinq jours et revenant environ tous les mois. Vers 4 ou 5 heures du soir, un grand frisson, puis pendant quelques heures une température oscillant entre 39 et 40 degrés. Cet état de choses est accompagné d'agitation violente et de propos incohérents que ne comprennent même pas les gens de l'entourage ; l'un des malades se roule par terre, grince des dents et déchire les lambeaux d'étoffe qui l'entourent. L'autre est souvent plus calme et quelquefois s'accroupit dans un coin, le menton à la hauteur des genoux, en parlant tout le temps.

« La fièvre tombée, l'état mental ne s'amende pas tout de suite : ce n'est guère qu'après vingt-quatre ou trente-six heures qu'ils s'arrêtent de s'agiter et de parler. Comme ils sont coolies de la voie, ils viennent alors reprendre leur travail comme si rien ne s'était passé. Ils se refusent alors, d'ailleurs, à tout espèce d'interrogatoire.

« Dans mon quatrième cas, il s'agit d'une femme abyssine d'environ quarante ans, mère de six enfants, atteinte de paludisme rémittent depuis cinq ou six ans. A chaque accès (environ trois ou quatre fois par an), elle présente des troubles mentaux à forme mélancolique qui durent un mois ou six semaines après la fièvre qui, elle, ne dure que quatre ou cinq jours à peine. Elle refuse de parler, de manger, reste immobile dans un coin, plongée dans un profond mutisme. Elle a essayé deux fois de se tuer, une fois en s'étranglant, une fois en s'enfonçant dans

©BIUM

le cœur un de ces peignes en bois dur dont les Abyssines se servent pour faire leurs nattes.

« Le suicide est presque inconnu ici.

« Voilà les seuls éléments que j'ai pu jusqu'ici recueillir en matière d'aliénation; cela n'est guère riche, comme vous voyez. J'espère que le hasard me favorisera un peu plus dans l'avenir. Je ne me suis pas encore occupé des lépreux, qui sont légion à Harrar; on m'a dit que beaucoup étaient aliénés; il y a peut-être quelque chose à trouver en cette question. Mais il faut bien du courage et bien de la patience, car ces malheureux se prêtent peu à des interrogatoires et, d'autre part, leur contact est vraiment insupportable. Ajoutez qu'à Harrar, il y a des milliards de mouches et que ces mouches après s'être posées sur des plaies indescriptibles viennent ensuite se promener sur votre épiderme! La sensation est on ne peut plus désagréable, et j'ai dû souvent interrompre un examen, le cœur soulevé malgré moi par une nausée impérieuse... »

LA FOLIE DE L'EMPEREUR D'ANNAM (*suite*).

Dans le numéro des *Annales* de novembre 1906 (p. 517), nous relations les symptômes de la folie de l'empereur d'Annam, ainsi que les précautions prises pour empêcher le renouvellement des actes de cruauté commis par ce jeune potentat asiatique sous l'influence de son délire sadique. Il paraît que les mesures prises n'ont pas donné les résultats désirés et qu'il a fallu recourir à de plus radicales, si nous en croyons les renseignements suivants donnés par *Le Temps* (numéro du vendredi 2 août 1907) :

« On se souvient qu'au mois d'août 1906, Tanh Taï, le roi d'Annam, s'étant livré à de nombreux accès de violence, véritables mouvements de folie, provoqués par sa débauche habituelle, le résident supérieur dut prendre avec le comat (conseil des ministres) des mesures de nature à mettre fin à la scandaleuse conduite du roi.

« Depuis lors, celui-ci, très surveillé, semblait être revenu à un état de calme rassurant. Mais vers la fin du mois de mai, les mandarins placés à côté de lui se montrèrent inquiets de certains changements brusques dans ses manières, de l'altération de ses traits, de l'ensemble des signes extérieurs par lequel se manifestaient périodiquement chez lui les accès de folie. Par ailleurs, le résident supérieur fut amené à constater un réveil des mauvais instincts du roi, qui se livrait sur son entourage aux sévices les plus graves.

« L'ensemble des faits recueillis dans les informations précises prises par le résident supérieur ne laisse désormais aucun

©BIUM

doute sur le trouble constant de l'état mental de Tanh Taï, sur son inconscience et sur les dangers de lui maintenir l'exercice du pouvoir royal. Dans ces conditions, le gouvernement décida récemment qu'il y avait lieu d'interner le roi dans son palais et d'instituer un conseil de régence composé des membres du comat, sous la présidence du ministre de la Justice d'Annam et sous le contrôle général et incessant du résident supérieur.

« En exécution de cette décision et conformément aux instructions du ministre des Colonies, le résident supérieur a fait procéder le 30 juillet à l'internement de Tanh Taï dans son palais et à la constitution du conseil de régence, qui a pris immédiatement la direction des affaires sous le contrôle du résident supérieur.

« Le gouverneur général, en donnant l'information ci-dessus, fait savoir que ces mesures ont été exécutées sans qu'aucun incident se soit produit. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

71. *Infanticide et suicide.* — On télégraphie de Charleroi (Belgique) au *Journal* (numéro du mardi 22 mai 1907) :

Un drame s'est déroulé hier soir à Marchienne-Docherie.

Un nommé Emile Lambotto, habitant rue de Turenne, à Charleroi, était venu dans la soirée prendre son petit garçon, en vacances chez ses grands-parents.

L'enfant lui dit en riant : « Non, je ne veux plus retourner avec les bourgeois. » Le père se mit en colère, et sortant un énorme couteau-poignard de sa poche, il en frappa par deux fois l'enfant à la poitrine. Le petit tomba et murmura : « C'est pour rire, j'irai avec toi. » Le meurtrier se porta alors deux coups de poignard à la gorge et au ventre, et tomba à genoux auprès du corps de l'enfant, en disant : « Au revoir petiot! »

Tous deux sont morts.

On attribue ce drame à un accès de folie subite.

72. *Double infanticide et suicide.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 26 mai 1907) :

Mme Andrieux, âgée de trente-sept ans, cultivatrice au hameau de la Jaligne, commune de Châlus (Haute-Vienne), donnait depuis quelque temps des signes de dérangement cérébral. Elle restait des journées entières à pleurer, sans motif apparent, et lorsque le mari, un brave ouvrier, rentrait de son travail, il trouvait sa femme dans un état de prostration complète et ses enfants pleurant.

Hier matin, vers 6 heures, Mme Andrieux sortit pour aller, dit-elle, laver du linge à la pêcherie, dans une prairie à proximité de sa maison. Son garçonnet, âgé de quatre ans, et sa

©BIUM

fillette, âgée de sept ans, l'accompagnaient. C'est là que, dans un accès de folie, Mme Andrieux jeta ses deux enfants à l'eau. Puis elle se précipita, elle aussi, dans la rivière. Les trois cadavres ont été découverts par les habitants de la Jaligne que la disparition de Mme Andrieux et de ses enfants avait inquiétés.

73. *Tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du dimanche 26 mai 1907) :

Depuis de longs mois, Marie Dibsch, âgée de dix-huit ans, fleuriste, demeurant chez ses parents, rue Denoyez, est sujette à des troubles cérébraux. Bien qu'étroitement surveillée, elle parvint, hier soir, à tromper la vigilance des siens et gagna la rue, où elle ne tarda pas à être reprise d'une de ses crises familières.

A ce moment passait, au bras de son fiancé, Marie Perardi, âgée de dix-neuf ans, blanchisseuse aux Lilas. La folle s'avança sur le couple. Brusquement, elle sortit un couteau de sa poche, et, se jetant sur la jeune blanchisseuse, elle lui en porta un terrible coup entre les épaules.

Grièvement blessée, Marie Perardi tomba en poussant un grand cri. De toutes parts on se précipita à son secours, tandis que le fiancé, aidé d'un agent, parvenait, non sans peine, à se rendre maître de la forcenée.

Pendant que la blessé était transportée à l'hôpital Tenon, où son état fut jugé grave, Marie Dibsch, après un court passage au commissariat de M. Boussard, prenait le chemin de l'infirmerie spéciale.

74. *Suicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du dimanche 26 mai 1907) :

Atteinte depuis fort longtemps de la monomanie de la persécution, Mme Marie Berche, trente-sept ans, couturière, rue de Charonne, 37, profita hier de l'absence de son amant pour absorber le contenu d'une fiole remplie de potassium. Malgré les soins que lui prodigua le Dr Dabout, médecin-légiste, 11, boulevard Magenta, elle expira, après d'atroces souffrances, à l'hôpital Saint-Antoine.

75. *Suicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du mardi 28 mai 1907) :

Rue de Flandre, 52, habitent les époux Thiesson. Le mari est employé à la Compagnie du gaz. Ils ont un fils qui accomplit actuellement son service militaire.

Depuis quelque temps, Mme Thiesson donnait des signes manifestes de dérangements cérébraux. Sa famille, justement inquiète, sur l'avis du médecin qui soignait la malade, décida de la mettre en traitement dans une maison de santé d'Auteuil.

Là, l'état de Mme Thiesson parut à ce point s'améliorer que,

©BIUM

hier, on lui délivra son *exeat*. Elle rentra immédiatement chez elle.

Elle y était à peine de retour que, prise d'une nouvelle crise de folie, elle ouvrit la fenêtre de son logement, au deuxième étage, et se précipita dans la rue. Quand on la releva, elle avait cessé de vivre.

Quelques minutes après que ce drame se fut dénoué, le fils Thiesson, profitant d'un moment de liberté, accourait voir ses parents. On devine son immense douleur à la vue du cadavre de sa malheureuse mère qu'on venait de remonter dans son logement.

76. *Excentricités*. — On lit dans *Le Matin* (numéro du mercredi 29 mai 1907) :

A peine les chaleurs viennent-elles de commencer que les fous surgissent comme par enchantement.

Le sujet anglais Arthur O'Houckel, âgé de vingt-huit ans, descendu dans un hôtel à proximité de la gare du Nord, attendait hier le métro à la station du Combat, quand il fut pris d'une crise de folie.

Se précipitant sur les voies, il cria qu'il voulait courir à la rencontre du train pour faire activer sa marche.

Des voyageurs, puis des employés s'élancèrent au secours du malheureux, qui risquait d'être électrocuté, tandis qu'on manœuvrait le disque.

Finalement, tiré de sa position critique, l'infortuné fut conduit à l'infirmerie spéciale.

77. *Tentative d'infanticide et de suicide*. — On lit dans *Le Journal* (numéro du samedi 1er juin 1907) :

Mme veuve Pleinval, demeurant rue de Vaugirard, 283, avait de fréquents accès de démence depuis le décès de son mari, survenu dernièrement dans des circonstances tragiques.

La nuit dernière, la malheureuse femme se dirigea vers le lit de son fils Léon, âgé de treize ans, et, se jetant sur le bambin, tenta de l'étrangler. Lorsque les voisins, attirés par les cris de l'enfant, arrivèrent juste à temps pour empêcher un malheur, ils trouvèrent la pauvre femme qui, en proie à une terrible crise, essayait de se briser la tête contre la muraille.

78. *Suicide*. — M. Jean Mège, ancien avoué à Rochechouart, conseiller de préfecture de la Haute-Vienne depuis 1884, s'est suicidé lundi matin en se tirant deux coups de revolver dans la tête.

On l'a trouvé étendu dans un chemin creux près de son habitation, aux environs de Limoges.

M. Mège était né en 1844 à Thiviers (Dordogne). Il était atteint depuis quelque temps de neurasthénie. (*Le Temps*, numéro du mercredi 5 juin 1907.)

©BIUM

79. *Uxoricide et suicide.* — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du samedi 8 juin 1907):

Le cordonnier Franz Bergmann, demeurant dans la Scharneeberstrasse, souffrait depuis longtemps, à la suite d'un violent coup qu'un camarade lui porta sur la tête, d'un dérangement cérébral. Il avait été d'abord soigné dans un hôpital. Ces jours-ci, cependant, il retourna chez lui et reçut les soins de sa femme.

Ce matin, il fut pris soudain d'un accès de folie furieuse. Se saisissant d'une hache, il en porta des coups violents à sa femme et lui brisa le crâne; puis, tandis qu'elle appelait au secours, il tira un couteau de sa poche et se l'enfonça dans la poitrine. Il tomba raide mort, à côté de sa femme.

80. *Tentative d'homicide.* — Gaston Decourt, courtier en vins, avait été interné à Sainte-Anne, voici deux ans, à cause d'une folie alcoolique. Guéri — du moins le croyait-on — il fut libéré, et vint habiter rue Maître-Albert, une mansarde misérable.

MM. Lanquetin et Ogier, négociants en vins, 9, rue de Languedoc, eurent pitié de son dénuement, et lui confièrent leur représentation.

Mais Gaston Decourt s'imagina, ces temps derniers, qu'ils ne lui avaient point payé d'anciennes commissions. D'ailleurs ils devaient, déclara-t-il, lui donner une provision. Hier matin, vers 11 heures, il vint au bureau de M. Lanquetin, et exposa ses revendications. M. Lanquetin refusa. Aussitôt Decourt tira sur lui trois coups de revolver, qui le blessèrent grièvement. Le malheureux négociant, qui est marié et père d'un enfant, fut transporté chez lui, 38, boulevard Saint-Germain. Son état est très inquiétant.

Gaston Decourt, désarmé par un tonnelier de la maison, Charles Nagel, se laissa conduire sans résistance au commissariat de police. Il paraissait inconscient de son acte. (*Le Matin*, numéro du lundi 10 juin 1907.)

FAITS DIVERS

Les ravages de l'opium dans la marine française. — Il y a plus d'un an, le ministre de la Marine prit, d'accord avec son collègue de l'Intérieur, des mesures pour supprimer l'usage de l'opium dans la marine; les dispositions adoptées ont restreint cet usage dans une certaine proportion, mais l'opium cause encore des ravages parmi les marins, et M. Thomson a dû adresser aux autorités maritimes la circulaire suivante :

« Mon attention a été appelée à nouveau sur l'habitude de fumer l'opium prise par un certain nombre d'officiers. Cette

©BIUM

funeste passion, qui est vigoureusement combattue dans un grand nombre de pays et dont la France avait été indemne jusqu'à ces dernières années, est particulièrement dangereuse dans la marine, puisque l'opium annihile peu à peu la volonté et assoupit les facultés de ceux qui en font usage.

« Il importe donc, au plus haut point, de mettre un terme à l'état de choses qui m'a été signalé. Dans ce but, j'ai arrêté les dispositions suivantes :

« Tout officier qui, à bord ou dans une circonstance quelconque de service, se trouverait manifestement sous l'influence de l'opium, devra m'être signalé *immédiatement*, et je n'hésiterai pas à prendre des mesures de rigueur à son égard.

« D'autre part, vous voudrez bien informer les officiers placés sous vos ordres qu'il est formellement interdit non seulement de fumer l'opium à bord des bâtiments de l'Etat, mais encore d'y introduire ou d'y conserver tout objet servant à cet usage. Ceux qui contreviendraient à cette défense devraient être punis par l'autorité dont ils relèvent et m'être signalés sans retard.

« Je considérerai comme personnellement responsables les commandants et les chefs de service qui ne se seraient pas conformés strictement aux obligations que leur impose la présente circulaire.

« Il est bien entendu que les mesures ci-dessus édictées sont applicables aux officiers mariniers et marins des équipages de la flotte, et d'une façon générale à tout le personnel de la marine. — GASTON THOMSON. »

Vœu pour la création d'un asile-prison. — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 14 août 1907) :

On nous écrit de Bordeaux qu'après avoir émis un nouveau vœu en faveur du maintien de la peine de mort et de l'exécution des condamnés à la peine capitale à l'intérieur des prisons, les jurés de la Gironde ont rédigé un vœu en faveur de la création d'un asile-prison. Ils demandent qu'une disposition légale prescrive que les criminels reconnus, après expertise médicale, aliénés ou ne jouissant pas de leur entière responsabilité, soient placés dans un asile spécial par décision de l'autorité judiciaire, et comme conséquence que la mise en liberté de ces criminels ne puisse être accordée que dans la même forme, c'est-à-dire après expertise médicale et par décision judiciaire.

Un cas d'ergophobie, ou peur du travail. — Robert Chilcott, connu par la police anglaise sous le sobriquet de « l'homme le plus paresseux de l'Angleterre », a entendu le juge de Croydon prononcer sa vingt-huitième condamnation sans sourciller. Il s'est endormi à plusieurs reprises pendant l'audience, à laquelle il n'attachait d'ailleurs pas la moindre attention. Chilcott souffre,

©BIUM

au dire du médecin légiste, d'ergophobie, ou peur du travail. A l'asile où il est interné, il refuse de faire quoi que ce soit. Depuis sa plus tendre enfance, il a toujours été comme cela. (Le *Temps*, numéro du samedi 3 août 1907.)

Fillette tuée par l'alcool. — On télégraphie du Mans au *Matin* (numéro du dimanche 26 mai 1907) :

Une fillette de six ans, Alice Guéranger, dont la mère est cabaretière à Marolles-les-Braults, était restée seule un instant à la maison.

Obéissant à on ne sait quel sentiment, la fillette se mit à boire avec avidité du vin rouge et de l'eau-de-vie. La mère, en rentrant, trouva l'enfant gisant à terre, ivre-morte.

Un docteur fut appelé, mais ses soins furent inutiles, et la pauvre petite succomba après de longues et terribles heures d'agonie.

TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL POUR L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS. — VIENNE, DU 7 AU 11 OCTOBRE 1908

Nous recevons la lettre suivante que nous nous empressons d'insérer :

Monsieur le Rédacteur,

Le Comité soussigné vous prie de vouloir bien publier la notice suivante dans votre distingué journal :

« Le troisième Congrès international pour l'assistance des aliénés aura lieu à Vienne, le 7-11 octobre 1908, sous la présidence de M. le professeur Obersteiner, conseiller aulique.

« Les déclarations d'adhésions, des rapports et des démonstrations doivent être adressées jusqu'au 1er juillet 1908 au secrétaire général, Docent Dr Alexandre Pilcz, Wien, IX., Lazarettgasse 14, qui donnera tous les renseignements voulus.

« Les détails du programme seront publiés plus tard. »

Veuillez agréer l'expression de nos remerciements les plus empressés pour votre amabilité, et l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Président : Professeur Dr OBERSTEINER, conseiller aulique,

Secrétaire général : Docent Dr ALEXANDRE PILCZ.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE LA

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

—

STIGMATES ANATOMIQUES DE DÉGÉNÉRESCENCE DANS UN GROUPE D'ALIÉNÉS

Par le Dr LUCIEN LAGRIFFE,

Ancien chef de clinique des maladies mentales,
Médecin des asiles d'aliénés.

La dégénérescence est le fait le plus important et le plus général dans l'histoire de l'aliénation mentale. Mais ce mot de dégénérescence doit être entendu dans son sens le plus large, au risque de compromettre la notion si peu précise encore de l'hérédité. La dégénérescence se traduit, en effet, par un ensemble de signes soit physiques, soit psychiques, dont chacun pris en particulier n'a qu'une valeur relative. La dégénérescence, qui

©BIUM

est un chapitre de l'hérédité, constitue un fond de prédisposition morbide, un terrain sur la superficie duquel l'existence d'une anomalie unique peut n'avoir que peu ou pas d'importance ; seule la réunion de plusieurs anomalies bien caractérisées permet de prononcer le mot de dégénération.

Les tares psychiques ont en matière d'aliénation mentale une importance capitale, mais, bien souvent, malgré les procédés très précis de la jeune méthode de psychologie expérimentale, ces tares psychiques sont d'une évaluation difficile et délicate ; ceci fait que les tares anatomiques, en raison de leur évidence, ont encore une valeur que personne ne peut nier. Nous pensons donc que leur étude, laissée quelque peu dans l'ombre au cours de ces dernières années, est loin d'être négligeable.

D'ailleurs la recherche systématique des stigmates anatomiques de la dégénérescence est un bon exercice qui oblige à examiner les malades de la tête aux pieds, qui oblige à ne négliger aucun de ces détails physiques qui pourront par la suite acquérir leur importance, et qui habitue enfin à ne pas se contenter d'un simple examen psychologique qui, même chez les aliénés, est notoirement insuffisant.

Bien souvent d'ailleurs, les stigmates physiques de la dégénérescence sont ou peuvent être considérés comme la résultante de troubles trophiques ou comme ces troubles trophiques eux-mêmes en quelque sorte fixés. Il ne faut pas oublier que l'organe est la condition *sine qua non* de la fonction, en physiologie pure du moins ; il ne doit donc pas sembler illogique de rechercher dans les malformations corporelles les indices ou quelques indices de l'organisation, du développement et du fonctionnement anormal d'un système cérébro-spinal taré.

©BIUM

A côté du facteur sociologique variable, surajouté, les facteurs biologique et anatomique de la folie sont constants ou tendent à devenir constants. Les modifications biologiques, en effet, tendent à devenir stables et définitives en préparant de longue main les altérations anatomiques dont nous nous occupons ici ; ces dernières se complètent, s'enchaînent, pour assurer la dégénérescence et conduire au but ultime de toutes les déviations, à la stérilité.

Notre étude a porté sur 93 sujets comprenant 45 hommes et 48 femmes, malades atteints de diverses affections mentales, d'où nous avons éliminé avec soin tous les cas d'arrêt du développement psychique qui auraient été de nature à fausser nos résultats.

Ces malades se répartissent de la façon suivante :

Femmes :

15 cas de psychonévroses ;
11 — démence sénile ;
1 — paralysie générale progressive ;
2 — folie due à l'intoxication alcoolique ;
1 — folie tabétique ;
8 — folies névrosiques : 4 fois l'épilepsie ; 4 fois l'hystérie ;
10 — folies de dégénérescence.

Hommes :

5 cas de psychonévroses ;
1 — délire dû à l'inanition ;
5 — démence sénile ;
8 — paralysie générale progressive ;
9 — folie due à l'intoxication alcoolique ;
3 — folies dues à des affections diverses du système nerveux ;
1 — encéphalopathie syphilitique ;
1 — folie névrosique (épilepsie) ;
12 — folies de dégénérescence.

Capacité cranienne. — L'anthropométrie cranienne doit à Paul Broca, pour la mesure de la capacité cranienne, un procédé qui, entre les mains exercées, est remarquablement précis. Ce procédé, dont l'idée première revient à Morton mais que Broca a suffisamment mo-

©BIUM

difié pour le rendre entièrement sien (1), n'est malheureusement pas applicable sur le vivant. Aussi, l'étude de la capacité cranienne, susceptible, disait Charcot, « d'éclairer d'un jour nouveau les points fondamentaux des dégénérescences les plus graves » (2), repose-t-elle encore, lorsqu'il s'agit de l'étudier sur le vivant, sur cette base empirique qu'est le procédé de Parchappe ; mais malgré la très juste critique qu'a pu en faire P. Broca (3), ce procédé est encore le seul qui permette même une approximation, et le grand anthropologiste s'est lui-même trouvé parfois dans l'obligation de s'en servir.

Parchappe (4) additionne la circonférence cranienne, la courbe antéro-postérieure, la courbe bitemporale, le diamètre antéro-postérieur, le diamètre maximum transverse. Il obtient ainsi un chiffre qui représente approximativement en centimètres cubes la capacité cranienne, mais qui presque toujours est beaucoup trop élevé. Cela nous paraît tenir en partie à ce qu'il n'est pas tenu compte de l'épaisseur de la peau et des os du crâne. Pour remédier à cela, nous avons proposé ailleurs, et il y a quelques années, d'introduire dans ce procédé la correction suivante : lorsqu'on prend un diamètre, on comprend entre les deux branches du craniomètre deux fois l'épaisseur de la peau et deux fois l'épaisseur des os du crâne ; en évaluant en moyenne l'épaisseur de la peau et de l'os à 10 millimètres, on peut estimer que chaque diamètre est majoré de deux fois

(1) Paul Broca. *Bulletin de la Société d'anthropologie*, t. III, 1re série, 1862, p. 102-116.

(2) Charcot. Préface du *Manuel d'anthropologie craniocéphalique* de Benedikt, traduct. Kéraval. Paris, Lecrosnier, 1889.

(3) P. Broca. *Bulletin de la Société d'anthropologie*, t. II, 1re série, p. 139-204.

(4) Parchappe. *Premier mémoire sur l'encéphale*, l. II, chap. VIII, Paris, 1836, p. 100 et seq.

©BIUM

10 millimètres et, comme la prise de deux diamètres est nécessaire pour l'évaluation de la capacité, en retranchant de la somme trouvée (10 × 2) 2, soit 40, on arrive à une approximation plus grande que celle de Parchappe. Il est évident que le procédé de Parchappe est complètement inapplicable dans les cas d'asymétrie cranienne et même dans les cas de déformation régulière mais très marquée du crâne ; mais, pour les autres cas, il nous semble que la correction que nous avons cru devoir lui adjoindre est susceptible de réduire une approximation de 100 à une approximation de 60.

Nous donnons dans le tableau ci-après le résumé de nos recherches :

Capacité cranienne	de	1.439 à 1.450 cm³.	Hommes . . .	1
—	—	1.450 à 1.500 —	— . . .	6
—	—	1.500 à 1.550 —	— . . .	19
—	—	1.550 à 1.600 —	— . . .	15
—	—	1.600 à 1.649 —	— . . .	4
—	—	1.410 à 1.450 —	Femmes. . . .	11
—	—	1.450 à 1.500 —	— . . .	23
—	—	1.500 à 1.550 —	— . . .	12
—	—	1.550 à 1.572 —	— . . .	2

Malgré l'imperfection d'un procédé qui nous donne, comme nous le disions plus haut, des capacités craniennes toujours un peu trop fortes, nous pouvons néanmoins tirer de ce tableau des renseignements intéressants.

Broca attribue aux Parisiens contemporains, qui représentent certainement aujourd'hui une sorte de race neutre en France, une capacité cranienne d'environ 1.550 centimètres cubes. Dallemagne, dont les travaux ont principalement porté sur les Belges, a obtenu comme capacité moyenne 1.560 centimètres cubes. Or, notre série la plus nombreuse chez l'homme est de 1.500 à 1.550 centimètres cubes ; une deuxième série assez importante est de 1.550 à 1.600 centimètres cubes.

Si nous considérons que l'erreur de nos calculs est toujours positive, nous pouvons en inférer que chez nos

©BIUM

45 aliénés hommes, la capacité cranienne a une tendance à être plutôt inférieure à la normale.

Les mêmes remarques s'appliquent à notre série de femmes, où cependant l'éparpillement est un peu plus considérable.

Indice cranien. — Nous rappelons que l'indice cranien est le rapport, réduit en centièmes, du diamètre transverse maximum au diamètre antéro-postérieur (P. Broca).

L'indice cranien, rapporté à la classification indiquée par Broca, nous a fourni les données suivantes :

Genres.	Hommes.	Femmes.
Dolichocéphales purs < 75 p. 100 . . .	3	1
Sous-dolichocéphales, 75 à 77,77 p. 100.	2	2
Mésaticéphales, 77,78 à 80 p. 100 . . .	4	2
Sous-brachicéphales, 80,01 à 85 p, 100.	13	16
Brachycéphales purs, 85,01 à 90 p. 100.	18	17
Ultra-brachycéphales > 90 p. 100 . . .	5	10

Du côté des hommes comme du côté des femmes, nous voyons la majorité des sujets rentrer dans la catégorie des brachycéphales (sous-brachycéphales et brachycéphales purs). La proportion est même à peu de choses près égale des deux côtés ; mais nous devons signaler, en outre, une importante proportion d'ultra-brachycéphales chez les femmes : 20,85 p. 100 contre 11,11 chez les hommes.

Lombroso indique la brachycéphalie exagérée comme un caractère saillant de dégénérescence ; en anthropologie criminelle, science dans laquelle l'indice cranien a été plus particulièrement étudié, nous voyons que, bien au contraire, et pour l'Italie surtout, la brachycéphalie n'existe que chez 8 p. 1000 des criminels, alors que la dolichocéphalie y atteint le chiffre de 31 p. 1000 et la mésaticéphalie, celui de 25 p. 1000. Faut-il ne voir là qu'une question de race? La majorité des auteurs (Monti,

Troyski, Beliakow, Ten Kate, Paulowski, Marro, Corre et Roussel, etc.), conclut avec Lombroso, qui cependant donne toute sa valeur au facteur racémique, à une infériorité marquée des brachycéphales. L'école allemande, au contraire, avec Rudinger, Ranke, Mecke, Baer, considère la question de race comme étant absolument prépondérante.

Or, notre statistique a porté exclusivement sur des Toulousains, chez qui on sait que Broca a noté une prédominance extrêmement notable de dolichocéphales. Il semble donc que, jusqu'à plus ample informé, nos recherches soient plutôt de nature à nous faire pencher dans le sens de l'école italienne.

Anomalies craniennes. — Après avoir étudié dans les deux paragraphes précédents les données résultant de l'examen général du crâne, nous allons entrer ici plus avant dans la pathologie, en nous préoccupant des anomalies craniennes. Nous devons dire dès maintenant que ces anomalies sont rares, comme on peut s'en rendre compte en consultant le tableau suivant :

Anomalies.	Hommes.	Femmes.
Crâne très allongé	1	1
Acrocéphalie	1	1
Oxycéphalie	2	1
Développement exagéré de la loge antérieure	»	1
Asymétrie	1	»

Si nous avons noté l'allongement exagéré du crâne chez un homme et chez une femme, c'est que, chez ces deux sujets, la dolichocéphalie était à ce point exagérée qu'il n'était vraiment plus possible de la considérer comme une simple variante du type normal. Le caractère pathologique de cette dolichocéphalie exagérée sautait véritablement aux yeux.

©BIUM

Ce sont les mêmes raisons qui nous ont conduit à considérer comme anormal le développement exagéré de la loge cranienne antérieure chez une femme. Comme pour donner raison à l'hypothèse qui assigne un rôle élevé aux fonctions du lobe frontal, il s'agissait d'une jeune paysanne, assez remarquablement intelligente, dont les facultés d'idéation étaient très développées.

Enfin, le seul cas d'asymétrie se caractérisait par de la platycéphalie occipitale gauche, pas extraordinairement marquée d'ailleurs, surtout sensible au ruban de plomb ; nous avons rencontré cette asymétrie chez un homme présentant des troubles démentiels consécutifs à une tumeur probablement syphilitique du cerveau.

Nous avons donc trouvé une proportion de 9,72 p. 100 d'anomalies craniennes, dont 11,11 p. 100 pour les hommes, et 8,33 p. 100 pour les femmes ; ce pourcentage véritablement peu élevé est cependant relativement très supérieur à celui indiqué par Lombroso, qui a trouvé 7 p. 100. Mais nous sommes persuadé que, si le nombre des examens que nous consignons ici était supérieur, notre pourcentage s'abaisserait beaucoup et que notre chiffre se rapprocherait de celui du savant aliéniste italien.

Les anomalies ne sont véritablement fréquentes que chez les dégénérés très inférieurs et chez les aliénés qui présentent un arrêt du développement psychique ; là les malformations sont toujours en rapport avec des anomalies évidentes du cerveau : porencéphalie, sclérose cérébrale, anomalies artérielles, etc., etc.

Asymétrie faciale. — Les remarques précédemment faites ne peuvent s'appliquer à la face ; c'est là, en effet, que nous allons rencontrer le plus grand nombre de malformations, comme si le visage était réellement le miroir de l'intelligence.

En dehors de toute paralysie faciale et d'hémi-con-

©BIUM

tracture, en dehors de tout traumatisme, nous avons rencontré l'asymétrie faciale chez 9 hommes et chez 7 femmes. Ce qui nous donne une proportion de 17,3 p. 100 (20 p. 100 pour les hommes, 14,6 p. 100 chez les femmes).

Rapport facial. — Nous abordons ici un paragraphe qui nous semble avoir été négligé jusqu'ici par ceux qui ont étudié l'anthropologie des criminels et des fous, et qui peut-être est susceptible de fournir des résultats intéressants.

Nous désignons sous le nom de rapport facial, le rapport réduit en centièmes entre la largeur de la face et sa longueur ; et nous disons rapport, pour éviter une confusion avec l'indice facial où la hauteur de la face, dite longueur simple, est mesurée de l'ophryon au point alvéolaire. Chez le vivant, la hauteur ou longueur de la face ne peut que difficilement être mesurée entre ces deux repères osseux ; aussi avons-nous pris comme repères pratiques la limite frontale des cheveux et le bord inférieur de la symphyse mentonnière.

En l'absence de tout travail antérieur sur ce point, et par conséquent, de toute statistique portant sur des cas nombreux et sur des races différentes, pour classer provisoirement les chiffres que nous avons pu obtenir, nous avons établi une classification toute artificielle et arbitraire calquée sur le tableau établi par Broca, pour l'indice cranien et empruntant les mêmes chiffres. Nous avons ainsi distingué des faces rondes, des faces ovales et des faces larges, comme on peut s'en rendre compte par le tableau ci-dessous.

Genres.	Hommes.	Femmes.
Faces ovales :		
Faces très ovales < 75 p. 100. . . .	30	28
Faces ovales, 75 à 77,77 p. 100. . .	8	9
Faces rondes, 77,78 à 80 p. 100. . . .	2	2

©BIUM

Genres.	Hommes.	Femmes.
Faces larges :		
Faces peu larges, 80,01 à 85 p. 100.	3	5
Faces larges, 85,01 à 90 p. 100 . . .	2	3
Faces très larges > 90 p. 100. . . .	»	1

Nous avons ainsi obtenu des chiffres, à peu de chose près semblables pour les hommes et pour les femmes, avec prédominance extrêmement marquée de faces très ovales, alors que l'indice cranien nous avait surtout donné des brachycéphales. Mais l'absence de tout terme de comparaison nous fait un devoir de ne pas insister sur ce point.

Nez et oreilles. — Comme nous l'avons établi déjà dans deux travaux antérieurs, nous avons pu constater encore ici que la longueur des oreilles était, en principe, toujours plus grande que celle du nez.

Nous n'avons constaté d'exception à cette règle que sept fois chez l'homme et quatre fois chez la femme, ce qui nous donne une proportion totale de 11,7 p. 100 d'exceptions.

Les anomalies du nez ont été peu fréquentes : nous avons relevé les suivantes :

Anomalies.	Hommes.	Femmes.
Nez épaté	1	3
Nez court.	1	»
Nez en pied de marmite . . .	3	1
Nez busqué.	1	»
Total.	6	4

Au total 10,7 p. 100 d'anomalies : 12,5 chez les hommes, 8,8 chez les femmes.

Pour les oreilles, la proportion est de beaucoup plus forte. Mais il n'y a pas lieu de s'en étonner si l'on se souvient que les anomalies du pavillon sont si fréquentes chez les dégénérés qu'elles ont frappé tous ceux qui se sont occupés des stigmates anatomiques de la dégéné-

rescence et qu'elles ont permis la description d'un type, « l'oreille de Morel ».

L'intérêt présenté par l'étude des anomalies de l'oreille se double de ce fait que ces anomalies ont souvent servi d'argument, lorsqu'il s'est agi de décider si la dégénérescence était soit l'expression d'un retour atavistique, soit l'expression d'une déviation pathologique.

Bien que l'on puisse noter chez les dégénérés criminels ou aliénés de nombreux signes qui les rapprochent des races non civilisées et des anthropoïdes, nous estimons que la résultante ultime de leur dégénération, savoir la stérilité, établit le caractère nettement morbide et anormal de cette dégénération, et entre la théorie de Morselli et celle de Mœbius le choix ne saurait être douteux.

Anomalies.	Hommes.	Femmes.
Asymétrie pure	8	5
Asymétrie (une oreille normale, une oreille dégénérée)	5	7
Oreilles massives	»	1
Oreilles peu ourlées	15	10
Oreilles avec tubercule de Darwin	3	7
Lobule hypertrophié	4	3
Lobule sessile	3	6
Conque convexe	1	»
Total	39	39

Les cas que nous avons notés sous la rubrique asymétrie pure, sont ceux dans lesquels une oreille était notoirement plus grande que l'autre.

Nous constatons donc ici une proportion énorme d'anomalies, 78 sur 93 sujets, soit 83,8 p. 100 de malformations ayant siégé 12 fois sur une seule oreille, 66 fois sur les deux. Cette proportion est exactement la même que celle signalée par Gradenigo après examen des oreilles de 230 sujets normaux et de 752 aliénés.

Notons la plus grande fréquence du tubercule de

©BIUM

Darwin chez la femme que chez l'homme, fait déjà signalé par Lombroso.

Les malformations auriculaires sont cependant fréquentes aussi chez les individus réputés sains de corps et d'esprit; mais sont-elles chez eux trop fréquentes pour qu'il soit permis de leur attribuer quelque importance, comme le dit Lannois? Nous croyons que même en admettant qu'elles soient aussi fréquentes, ce qui est loin d'être démontré, elles gardent toute leur valeur, mais simplement comme appoint et lorsqu'elles sont associées à d'autres anomalies physiques ou psychiques.

Yeux. — Nous n'avons rencontré ici que peu de malformations :

Anomalies.	Hommes.	Femmes.
Strabisme convergent	2	1
Myopie forte	2	1
Iris moins coloré que l'autre. .	1	»
Taches de l'iris	»	1
Iris bleus chez une brune. . .	»	1
Exorbitisme	»	1
Total.	5	5

Le seul stigmate caractéristique sont les taches de l'iris; le cas d'exorbitisme concerne une jeune fille présentant en même temps un léger degré d'hypertrophie thyroïdienne, chez laquelle, en l'absence de toute modification du rythme cardiaque, nous avons rejeté l'hypothèse de basedowisme.

Mâchoires. — Les malformations du maxillaire inférieur jouent un grand rôle en anthropologie morbide. Le prognathisme du maxillaire inférieur est une des caractéristiques principales du type criminel de Lombroso. Mais en regard de cette malformation il ne faut pas oublier cependant celles qu'est susceptible de présenter, lui aussi, le maxillaire supérieur. Il existe des cas dans lesquels, en dehors de toute petitesse exagérée et anormale du maxillaire inférieur, le maxillaire supé-

©BIUM

rieur présente, lui aussi, un véritable prognathisme dont nous avons trouvé quelques exemples.

Il peut même arriver que les deux maxillaires proéminent tous les deux, par suite du débordement de leurs arcades dentaires, disposition remarquable qui rappelle de tout point la conformation des maxillaires du chimpanzé, celle des maxillaires des Mélanésiens des Nouvelles-Hébrides et celle de la mâchoire de la Naulette décrite par Paul Broca.

Nous avons donc fait figurer, à côté d'un prognathisme inférieur qui est le prognathisme classique, un prognathisme supérieur et un prognathisme double.

Anomalies.	Hommes.	Femmes.
Prognathisme inférieur . . .	2	8
Prognathisme supérieur . . .	»	1
Prognathisme double	1	2

On voit que ces anomalies se sont montrées particulièrement fréquentes chez la femme. En éliminant les cas de prognathisme supérieur et de prognathisme double qui n'ont pas encore été étudiés, nous arrivons chez la femme à une proportion de 16,6 p. 100, très supérieure au pourcentage de 7 p. 100 trouvé par Lombroso, Roncoroni et Mura après examen de 250 sujets.

Chez l'homme, notre pourcentage de 4,4 p. 100 se rapproche de celui de Talbot, qui a trouvé 5 p. 100 de prognathes chez les dégénérés supérieurs.

Voûte palatine et dents. — Les anomalies de la voûte palatine sont parmi les signes physiques de la dégénérescence comptés comme étant des plus importants. Clouston, après de très complètes recherches faites chez les sujets normaux, chez les délinquants, les fous, les imbéciles et les idiots, a admis et décrit trois formes de palais :

Le palais typique, dont la voûte est plate et large ;

©BIUM

Le palais neurotique, dont la voûte haute devient en passant à la limite le bec-de-lièvre compliqué ; c'est le palais ogival des auteurs français ;

Le palais difforme en forme de V, sorte de palais ultra-ogival.

Clouston a rencontré 19 fois p. 100 le palais difforme chez les gens réputés sains de corps et d'esprit, 33 fois p. 100 chez les aliénés, 35 fois p. 100 chez les criminels et 61 fois p. 100 chez les imbéciles.

Lombroso a rencontré 45 p. 100 d'anomalies chez les campagnards, 65 p. 100 chez les citadins, 90 p. 100 chez les dégénérés.

Nous-même n'avons jamais rencontré le palais difforme; peut-être n'y a-t-il là qu'une question d'appréciation; mais, par contre, entre le palais neurotique et le palais typique ou normal qui est modérément voûté et dont le cintre est régulier, nous avons rencontré des voûtes plates qui nous ont paru s'écarter très notoirement du type normal et que nous avons cru devoir considérer comme mal formées. C'est ce que nous avons noté dans le tableau suivant sous la rubrique palais plat :

Anomalies.	Hommes.	Femmes.
Palais plat	12	17
Palais neurotique	17	16
Palais difforme	»	»

En comprenant donc les voûtes plates, nous obtenons ainsi un pourcentage de 66,66 p. 100 (64,44 p. 100 pour les hommes, 68,75 p. 100 pour les femmes) plus élevé de moitié que celui de Clouston mais inférieur à celui de Lombroso ; mais il faut dire que ce dernier comprend, parmi ses dégénérés, non seulement des aliénés, mais encore des criminels et des prostituées.

Pour la dentition, on sait combien rarement elle est normale, même chez les individus sains. La carie den-

©BIUM

taire, tout en étant une affection microbienne, ou du moins surtout microbienne, est presque une maladie d'évolution, et l'on peut dire que sa fréquence est proportionnelle au degré de civilisation. La carie semble en effet être un moyen de disparaître pour les dents qui, grâce aux progrès et au raffinement de plus en plus marqué de l'art culinaire, deviennent d'une utilité de moins en moins grande. Déjà les races dites civilisées de la vieille Europe sont en train de modifier leur formule dentaire : la dernière molaire disparaît, devient rare ; quand elle existe, elle est facilement et prématurément envahie par la carie et elle est la plus petite de toutes, au contraire de ce qui existe chez les sauvages.

Nous n'avons donc fait état de la nécrose dentaire que dans les cas où elle était tellement généralisée qu'elle témoignait d'une faiblesse véritablement anormale du terrain. La même raison nous a fait noter les cas de chutes précoces et généralisées. Quant aux faits d'implantation vicieuse, de dents mal faites et de dents de Hutchinson, ils conservent leur valeur absolue, parce qu'ils sont les témoins irrécusables d'un vice profond de la nutrition. Nous estimons en effet qu'il n'y a là rien de plus, même pour la dent de Hutchinson : tout en conservant sa très haute valeur causale, la syphilis n'est pas et ne peut pas être la cause unique de cette anomalie dentaire ; ce n'est pas en tant que syphilis qu'elle serait capable de produire la dent de Hutchinson, mais en tant que maladie générale et dystrophique. La dent de Hutchinson est l'effet de causes diverses et n'est qu'un cas particulier des malformations dentaires.

Anomalies.	Hommes.	Femmes.
Dents mal formées et dents de Hutchinson.	4	6
Implantation défectueuse. . .	9	7
Carie.	10	20
Chute précoce (avant 35 ans).	8	1

©BIUM

En éliminant provisoirement la carie, nous obtenons donc 46,6 p. 100 d'anomalies chez l'homme et 29,16 p. 100 chez la femme, ce qui nous donne une moyenne de 37,88 p. 100.

La plus grande fréquence de la carie chez la femme (41,6 p. 100 contre 22,2 p. 100 chez l'homme) reste inexplicable. Faut-il incriminer l'influence de la grossesse au cours de laquelle la carie dentaire est si fréquente? Les malformations dentaires proprement dites l'emportent au contraire de beaucoup chez l'homme, fait très important, car ces malformations sont presque toujours des malformations congénitales ou acquises dans le tout premier âge, ce qui indique une prédisposition plus profonde, parce que plus ancienne, alors que la carie, tout en évoluant sur un terrain, est une lésion acquise, et, relativement du moins, récente au moment de l'examen.

Langue. — Nous n'avons observé qu'une tendance à la bifidité chez un homme. Les malformations de la langue n'ont jamais fait l'objet d'un paragraphe particulier en anthropologie morbide, ce qui dénote leur extrême rareté.

Le malade présentant la bifidité de la langue que nous signalons ne présentait pas d'autre grosse malformation, au contraire de ce qui se produit ordinairement dans ce cas, fort rare du reste.

Membres supérieurs. Mains. — Les anomalies de la main sont assez rares. Penta a rencontré 4,1 p. 100 de malformations. Nous avons noté un cas de petitesse exagérée des mains sans autre malformation du membre supérieur. Nous avons signalé les ongles bombés, parce qu'ils sont un signe de prédisposition tuberculeuse. On sait que la tuberculose est fréquente chez les dégénérés dont elle constitue presque la fin naturelle. Nous l'avons rencontrée fréquemment dans les antécédents hérédi-

©BIUM

taires des aliénés ; et chez certains de ceux dont l'ascendance était le plus lourdement chargée, elle constituait une véritable tare familiale. Quant à la rétraction de l'aponévrose palmaire, elle est signalée ici parce qu'elle est regardée comme faisant partie des stigmates de l'arthritisme.

Anomalies.	Hommes.	Femmes.
Mains trop petites	1	»
Ongles bombés	2	5
Rétraction de l'aponévrose palmaire	1	1

Ceci nous donne 10,7 p. 100 d'anomalies et 3,2 p. 100 en éliminant les ongles bombés, ce qui justifie notre précédente réflexion concernant la rareté des anomalies du membre supérieur.

Membres inférieurs. — L'étude des membres inférieurs nous a fourni un plus grand nombre de résultats intéressants.

Anomalies.	Hommes.	Femmes.
Syndactylie	»	1
Hallux valgus	4	9
Pied préhensile	1	»
Pied cambré	2	»
Pied très large	1	»
Hypertrichie des membres	2	1
Durillon pieux	»	8

L'unique cas signalé de syndactylie se caractérisait par une soudure de la phalange des deuxième et troisième orteils de chaque pied. La syndactylie est un signe absolument pur de la dégénérescence.

On remarquera la grande fréquence de l'hallux valgus, qui existe dans la proportion de 13,9 p. 100 ; c'est un signe d'arthritisme qui se rencontre souvent chez les individus normaux, principalement chez les femmes. Nous ne l'avons noté ici que pour mémoire et n'en tiendrons aucun compte dans notre moyenne générale.

©BIUM

Il est assez curieux que nous n'ayons rencontré la cambrure exagérée du pied que chez l'homme, alors que cette disposition est habituellement très fréquente chez la femme.

Nous voulons maintenant attirer l'attention sur le *durillon pieux*. Nous avons dénommé ainsi une callosité de la partie antéro-supérieure de la jambe, et quelquefois de la partie antérieure du genou que l'on rencontre chez les personnes qui s'agenouillent fréquemment. Nous n'avons constaté l'existence de ce durillon que chez des femmes présentant des idées mystiques ou en ayant présenté, et parmi lesquelles une seule était congréganiste. Le même durillon, accompagné parfois d'une bourse séreuse, existe aussi chez les religieuses, mais il est toujours moins marqué que ceux que nous avons pu observer chez les aliénées, ce qui semble montrer que ces durillons étaient véritablement la marque d'une piété exagérée, et ce qui justifie la place que nous accordons à ce signe parmi les stigmates acquis de la dégénérescence.

Au total et en éliminant, comme nous l'avons dit, les cas d'hallux valgus, nous arrivons à une proportion de 17,2 p. 100 d'anomalies au niveau du membre inférieur, dont 5,3 p. 100 pour les pieds.

Organes génitaux. — Aussi fréquentes chez l'homme qu'elles semblent rares chez la femme, les anomalies des organes génitaux doivent nous intéresser d'autant plus qu'elles sont un acheminement vers cette stérilité qui constitue, comme nous l'avons dit, le but ultime de toute dégénération. Cette différence nous paraît être en rapport de causalité avec le développement embryogénique des deux sexes. Les organes génitaux de l'homme ne sont en quelque manière qu'un perfectionnement de ceux de la femme. Leurs origines sont les mêmes, leur évolution est la même pendant un certain temps aussi ;

©BIUM

mais lorsque les organes génitaux de la femme ont terminé leur évolution, ceux de l'homme ont encore quelques stades à parcourir : ce qui, chez la femme, constituera les grandes lèvres doit s'unir pour constituer les bourses ; le clitoris et l'urètre doivent s'accoler pour former la verge. Cette sorte de retard intra-utérin correspond d'ailleurs aussi à un retard extra-utérin, puisque la puberté est plus tardive chez l'homme. Les organes génitaux de l'homme sont donc plus perfectionnés et plus délicats, et l'évolution qu'ils ont à parcourir étant plus longue, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'ils soient plus vulnérables, exposés qu'ils sont pendant un beaucoup plus long temps aux causes susceptibles de produire des arrêts ou des retards dans leur développement. De telle sorte que, en matière de stérilité, l'homme nous paraît devoir être plus souvent incriminé que la femme.

Nous n'avons rencontré aucune malformation chez nos 48 femmes ; voici celles que nous avons noté chez l'homme :

Anomalies.		Hommes.
Malformations congénitales		8
Lésions acquises.	Trauma, infection.	3
	Masturbation. . . .	5
Sensibilité testiculaire.	Exagérée.	2
	Diminuée ou nulle . . .	6

Les malformations comprennent des cas d'atrophie testiculaire, d'hypospadias, de petitesse anormale de la verge, d'hydrocèle congénitale. Le traumatisme et l'infection ont déterminé des indurations testiculaires, la masturbation a produit la verge en massue. Quant aux altérations de la sensibilité testiculaire, elles n'ont été retenues que lorsqu'elles n'étaient pas en rapport avec des altérations de la sensibilité générale. Les deux exemples de sensibilité testiculaire exagérée concernent des masturbateurs.

©BIUM

En laissant provisoirement de côté les lésions consécutives au traumatisme et à l'infection, nous obtenons 22,5 p. 100 d'anomalies. La proportion est ordinairement plus forte chez les dégénérés inférieurs, où Bourneville et Sollier ont trouvé 31,97 p. 100, et cela se comprend.

En nous plaçant à un point de vue beaucoup plus général, nous annexons à ce paragraphe les cas de féminisme chez l'homme, de retard dans l'apparition de la puberté, de virilité chez la femme et d'hypertrophie notoire du corps thyroïde.

Anomalies.	Hommes.	Femmes.
Gynécomastie	2	»
Retard dans l'apparition de la puberté	2	»
Barbe chez la femme	»	6
Cou féminin chez l'homme. . .	3	»
Hypertrophie du corps thyroïde.	3	7

Chez nos deux gynécomastes, nous n'avons pas trouvé d'autres attributs du féminisme ; chez l'un d'eux, la sensibilité testiculaire était diminuée, les membres inférieurs étaient anormalement velus ; chez l'autre, les pieds petits et très cambrés rappelaient absolument ceux de la femme.

Le retard de la puberté était définitif chez un homme, et peut-être temporaire chez le deuxième, qui n'avait que dix-neuf ans.

Les hommes présentant ce que nous avons nommé le cou féminin, avaient évidemment un léger degré d'hypertrophie thyroïdienne, mais cette hypertrophie n'avait aucun des caractères du goitre ; nous n'avons pas fait rentrer ceux qui présentaient cette particularité parmi les malades classés sous la rubrique « hypertrophie du corps thyroïde » et qui étaient notoirement goitreux.

Téguments externes, système pileux. — Très peu de

©BIUM

documents. Trois hommes avaient la peau très noire, deux hommes et deux femmes présentaient des nævi materni.

Du côté du système pileux, nous avons noté deux cas de canitie précoce chez l'homme, un cas chez une femme ; nous avons encore observé un cas d'albinisme chez une dégénérée à hérédité lourdement chargée et dont une sœur présentait la même malformation.

Enfin, notons encore neuf cas de calvitie prématurée chez l'homme : Ottolenghi et Lombroso la disent rare chez les dégénérés; elle atteint ici la proportion de 9 p. 100, qui n'est pas plus forte que chez les sujets normaux, mais qui montre qu'elle n'est pas rare chez les dégénérés. Dallemagne arrive à la même conclusion.

C'est ici le lieu de parler des tatouages : nous n'en avons trouvé que trois, et encore chez le même sujet, dégénéré criminel. Les tatouages sont plus fréquents dans les prisons que dans les asiles.

Force musculaire. — L'étude de la force musculaire n'a guère été abordée de façon systématique chez les aliénés. On pense généralement qu'elle est augmentée chez ceux qui présentent de l'excitation. Nous pensons qu'elle ne peut l'être que très peu. Ce qui a pu contribuer à faire croire le contraire, c'est que certains aliénés se livrent à des dégâts devant lesquels reculerait un individu sain. Mais cela n'advient que parce qu'une des conditions limitatives de la force musculaire est la crainte de la douleur ou d'une blessure ; or, l'aliéné excité, très souvent atteint de dysesthésie et d'anesthésie, n'est pas enclin à reculer devant une telle éventualité. Nous avons vu des femmes briser, d'un coup de leur talon nu des vitres de 20 centimètres carrés et de 15 millimètres d'épaisseur, et chez qui cependant la force musculaire n'était en aucune façon augmentée.

Nos recherches sur la force musculaire ont été faites

©BIUM

avec le dynamomètre à ressort, instrument un peu primitif, très inférieur à l'ergographe de Mosso, qui permet en plus de mesurer la fatigue, mais instrument pratique et facile à manier, alors que l'ergographe ne peut que difficilement et rarement être utilisé chez les aliénés. Les inconvénients du dynamomètre à ressort sont de s'adapter difficilement à des mains calleuses, et d'être à tel point un de ces instruments dont on prend l'habitude, que des sujets à force musculaire peu élevée, mais accoutumés à s'en servir, amènent facilement, et grâce à un tour de main, l'aiguille à un niveau beaucoup plus élevé que des manouvriers robustes.

Nous avons éliminé dans nos calculs les déments et les vieillards, et nous avons réparti les autres en deux groupes, celui des déprimés et celui des excités :

	Excités.			Déprimés.	
Hommes..	29	23 kil. 8	Hommes...	11	22 kil. 9
Femmes...	29	18 kil. 2	Femmes....	14	15 kil. 8

Le nombre de kilogrammètres indiqués représente la moyenne du côté le plus fort, car malgré que nous n'ayons trouvé qu'un sujet femme gaucher, seize fois, chez cinq hommes et chez onze femmes, nous avons observé que la force musculaire était plus considérable à gauche qu'à droite. C'est ce que Roncoroni et Diettrich ont appelé la gaucherie ergographique, après l'avoir observée surtout chez les épileptiques, où elle se rencontrerait dans les proportions de 50 p. 100.

Une telle anomalie est difficilement explicable. Tout au plus pouvons-nous rappeler pour mémoire que Lombroso, Warnot, Francotte ont montré qu'en passant du sujet normal au criminel, il y avait tendance à l'égalité dans la force musculaire des deux côtés du corps. Nous pouvons aussi rapprocher ce fait du manciuisme sensoriel.

©BIUM

En somme, la force musculaire est diminuée chez les déprimés, mais elle n'est pas augmentée chez les excités.

Parole. — Peu de choses à signaler en ce qui concerne la parole : notons la fréquence de la blésité : chez 6 hommes (13,3 p. 100), et chez 3 femmes (6,2 p. 100), soit chez près de 10 p. 100 de nos aliénés, et l'existence du bégaiement chez un homme. Ces dyslalies n'étaient en rapport avec aucune lésion apparente des organes de la parole.

Séglas a signalé, lui aussi, la fréquence de la blésité chez les aliénés.

Organes des sens et sensibilité générale. — Signalons pour mémoire quatre cas de surdité (une fois chez l'homme, trois fois chez la femme). Quant aux troubles de la sensibilité générale, nous n'en ferons pas état, en raison de leur fréquence chez les aliénés, où ils sont très souvent en rapport, comme l'on sait, avec des névrites périphériques.

Synthèse. — En somme, nous n'avons observé que peu de stigmates physiques de la dégénérescence dans le groupe d'aliénés que nous venons d'étudier.

Il est facile de s'en rendre compte, grâce au tableau récapitulatif que nous donnons ci-dessous :

Nombre de stigmates.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total.
Hommes.	1	3	9	15	5	9	1	»	1	1	45
Femmes.	2	5	13	9	11	3	3	1	»	1	48

Est-ce à dire que dans l'aliénation mentale l'anomalie psychique ait seule de l'importance et qu'il faille enlever toute valeur aux quelques infirmités physiques que nous observons chez les fous ?

Nous ne le pensons ni au point de vue théorique ni au point de vue pratique, et nous estimons qu'elles doivent conserver leur signification relative. L'anomalie est, chez les aliénés, surtout psychique, cela est évident;

©BIUM

mais cette anomalie est elle-même l'effet d'une malformation cérébrale à laquelle s'ajoutent, pour la compliquer, les anomalies des organes de transmission. L'existence de ce tout nous donne, au point de vue théorique, la notion de la dégénérescence ; au point de vue pratique, elle nous donne la mesure de cette dégénérescence ; et si ces malformations sont relativement peu nombreuses, cela n'est peut-être que parce que l'aliénation mentale est encore relativement éloignée du stade terminal de la dégénérescence, que pour la descendance de l'individu frappé de folie tout n'est pas en principe irrémédiablement perdu et qu'une hygiène rationnelle physique ou morale peut arrêter cette descendance sur la pente fâcheuse où elle est engagée.

©BIUM

IVRESSE PSYCHIQUE

AVEC TRANSFORMATION DE LA PERSONNALITÉ

D'APRÈS LE Dr PAUL GARNIER,

Médecin en chef
de l'Infirmerie spéciale près le Dépôt de la Préfecture de police.

Par le Dr G.-G. De CLÉRAMBAULT,

Médecin-adjoint du service.

Suite et fin (1).

III

Définissons maintenant leur période délirante. Comparons-la d'abord aux épisodes d'ivresse soit normaux, soit exceptionnels, que présentent, d'une part, les buveurs d'occasion, d'autre part, les alcooliques chroniques.

Chez le buveur d'occasion, c'est-à-dire chez l'homme non imprégné, l'ivresse normale consiste en un mélange égal des manifestations motrices, verbales et sensorielles. Les illusions sont continues et l'hallucination est rare. Les concepts se succèdent avec rapidité, la permanence d'une idée ne se trouve que sous forme d'idée fixe, procède le plus souvent de l'irritabilité, s'accompagne, par suite, de violence et marque soit le début, soit plus fréquemment la fin de la crise (elle précède alors de très peu la confusion). La fonction du

(1) Voir les *Annales* de septembre-octobre 1907.

©BIUM

jugement est alors supprimée, toute coordination des actes impossible, la série des actes reproduit la mobilité des idées, et celles-ci sont à la merci des circonstances. L'euphorie n'est jamais ni calme, ni égale; elle procède d'une exaltation toujours changeante. Enfin, l'homme ivre, s'il sent ses forces multipliées, du moins ne se croit pas transformé; il garde une notion suffisante de son individualité.

De même, chez le buveur d'occasion, dans les ivresses pathologiques, l'excitation spécialisée peut atténuer, voire effacer la notion de personnalité, mais il ne la transforme pas. Tels sont l'intoxiqué à décharge motrice (pseudo-rabique, etc.), l'halluciné, l'onirique pur, et ceux encore chez qui l'ivresse ou révèle une idée latente, ou crée une tendance imprévue (agressivité ou suicide).

Quant aux alcooliques chroniques, les uns offrent le délire classique (anxiété, phénomènes visuels prédominants, persécution); les autres, anormaux, se révèlent comme ci-dessus, exclusivement moteurs ou délirants, ou bien, par une de ces combinaisons dénommées *hérédotoxiques* (Dr Paul Garnier), nous montrent l'explosion soudaine d'un délire monoïdéique (quelquefois stéréotypé dans ses retours), où surgissent tantôt la tendance suicide, tantôt la tendance homicide, tantôt la tendance accusatrice, tantôt les allures pseudo-rabiques avec délire : allures et tendances sans rapport apparent avec le caractère habituel (ni même, très vraisemblablement, avec ses virtualités passionnelles), par contre fréquemment en rapport avec des émotions récentes, voire même anciennes, qui, dans tous les cas, sans l'alcool, n'auraient pas reçu de consécration.

Toutes ces idées adventices et parfois exclusives peuvent momentanément faire oublier au malade sa personnalité réelle, mais elles ne le transforment pas,

©BIUM

et si même on voulait appeler état second la période dominée par elles, on ne pourrait l'appeler en tout cas une personnalité seconde, puisqu'il n'y a ni complexité idéative, ni organisation nouvelle, ni perception nouvelle du moi.

Dans tous ces délires, la mégalomanie tient en somme peu de place. L'euphorie, son support, est brève et variable ; soumise à l'imprévu de l'ambiance et des désordres sensoriels, incapable de constituer une chaîne d'idées, elle s'agite dans l'incohérence ; elle ne permet pas d'actes prolongés ; enfin, elle n'exclut pas la notion du réel ; il est facile de s'en convaincre en questionnant l'intéressé. Lors même qu'il semble tout absorbé par quelque rôle imaginaire (si, par exemple, il tient un discours triomphant), une interpellation adroite peut l'arracher provisoirement à son beau rêve, et il reconnaîtra, tout le temps que nous captiverons son attention, quels sont sa famille, son passé, enfin sa situation sociale.

Il n'est toutefois pas impossible qu'au cours de ces ivresses banales chez un chronique, un ordre d'idées spécial, avec un tonus émotif correspondant, prenne une prédominance marquée, assez durable pour permettre des actes suivis, et s'accompagne d'une illusion assez complète pour troubler momentanément la notion de son identité. Les cas de ce genre, intermédiaires entre les cas purs cités plus haut et les formes d'ivresse habituelles, ne sont pas absolument rares et ils présentent, dans l'ébauche d'organisation, tous les degrés.

Voici le certificat d'envoi dans un asile du nommé Louis-Arsène J..., âgé de trente-cinq ans (Dr Paul Garnier, décembre 1889) :

« Débilité mentale avec alcoolisme. Idées délirantes.
« Conceptions ambitieuses et *transformation de sa*

©BIUM

« *personnalité*. Il affirme qu'il a été élu Président « de la République par le Congrès réuni ces jours der- « niers à Versailles. — Déjà traité. Sommeil très « incomplet. »

Certificat du nommé Georges P..., quarante-quatre ans (Dr Paul Garnier, 1890) :

« Délire alcoolique. Hallucinations de la vue. Ter- « reurs. *Transformation de sa personnalité*. Comme « dans un premier accès de folie éthylique, il serait le « président Lincoln. Agitation nocturne. Tremblement. « Déjà placé. Arrêté sur la voie publique, où il récla- « mait, auprès des agents, protection contre des en- « nemis imaginaires. »

Ces deux cas nous présentent une conviction mégalomaniaque surgie subitement comme chez nos trois premiers malades, mais différente des leurs par bien des points. L'euphorie est moins prolongée, non exclusive; le tonus émotif, instable, est notamment troublé par des hallucinations intercurrentes banales, nées indépendamment de l'idée euphorique et qui la chassent.

L'idée a pu être provoquée elle-même par des hallucinations auditives; celles-ci, inspirées, il est vrai, par une euphorie commençante, ont réagi sur l'euphorie en l'augmentant; mais la *crédulité* est ici en jeu, *et non la tendance expansive seulement*. L'idée, édifiée sur cette base fragile, dure peu; la série des actes qu'elle dirige est courte; une phase de terreur y met fin subitement.

Comme les hallucinations de tous les genres, toutes guidées qu'elles sont par le subconscient, ont cependant dans leurs modes d'appel une véritable contingence (une analogie de forme ou de son peut suffire), l'hallucination euphorique très imprévue dans son contenu crée une conviction euphorique également très inattendue, invraisemblable, acceptable seulement pour

©BIUM

une crédulité débile et ébrieuse ; car l'image n'est point tirée du passé, et le délire n'utilise aucune des habitudes, des allures ou des aptitudes du malade ; par suite, il ne met pas en jeu un fragment de personnalité ; il procède surtout de l'onirisme sensoriel et peut, jusqu'à un certain point, être qualifié d'*exogène*.

Remarquons que les sujets en question sont non seulement dégénérés, mais débiles. Par contre, leur cas a ceci de commun avec les cas que nous appelons purs : chronicité alcoolique bien accusée, un âge mûr ; enfin, chez l'un d'eux, une stéréotypie qui porte, lorsqu'une récidive se produit, non seulement sur le thème du délire, mais sur le détail d'une formule.

Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer, à l'Infirmerie spéciale, du vivant de notre regretté maître et depuis sa disparition, de nombreux cas de ce genre :

— Un journalier de quarante-huit ans, absinthique, ivre, poursuivi par des hallucinations accusatrices et déterminé à se suicider, déclare, au moment de se jeter dans la Seine, qu'il est l'empereur de Russie.

— Un autre (vingt-cinq ans) prétend être Alexandre Dumas fils, jette l'or à pleines mains, et insiste pour être reçu à l'Elysée.

— Un autre (trente-cinq ans environ) croit qu'il vient d'être nommé chef de la sûreté et se dirige vers la Préfecture de police pour se faire reconnaître ; mais, en cours de route, ce chef de la sûreté est pris de panophobie, et on l'arrête.

— D'autres se croient nommés présidents, gouverneurs, etc. ; d'autres, toujours dans une accalmie, au cours d'un délire terrifiant, se disent subitement les amis d'un grand personnage, le président de la République, le général Boulanger, etc.

— Un alcoolique chronique de quarante ans environ, dans une ivresse pathologique par sa durée et par sa forme (onirisme qui dure sept jours), assure qu'il est fiancé à la princesse Mathilde, et il s'enquiert de son adresse auprès des agents.

— Un ébrieux d'occasion et jeune (dix-huit ans), se croyant l'ami du président Carnot, se rend à l'Elysée pour lui faire hommage de huit pipes qu'il vient d'acheter, etc.

©BIUM

Dans cette série de cas, l'ivresse délirante est, on le voit, tantôt banale, tantôt aberrante et confine alors à certaines formes indépendantes (*onirisme* et *polymorphisme*). Elle est quelquefois amnésique. Dans tous les cas, l'idée est contingente et niaise, la série d'actes qu'elle provoque est courte, schématique et absurde. La démarche la plus fréquente est une visite à un personnage officiel.

Voici un dernier cas où l'idée de grandeur se réédite, à chaque ivresse, avec variante :

Le nommé L..., trente-huit ans, ouvrier gainier, est un être profondément débile ; c'est en tant que débile, et non pour des raisons normales, qu'il est resté célibataire et n'a jamais logé ailleurs que chez ses parents. Le père l'emploie dans son travail à domicile ; il est lui-même peu intelligent, mais assez appliqué pour avoir pu perfectionner, semble-t-il, un de ses outils professionnels (le « palmaire »), invention dont il est très fier. Le fils, bavard et orgueilleux, espère aussi inventer quelque chose.

Mais cette idée n'a jamais servi de thème à ses délires orgueilleux, durant l'ivresse. Or, son ivresse est constamment mégalomane ; à chaque fois, il projette d'enrichir sa famille par son travail, il ne parle que de richesse et de force. Il veut terrasser tous ceux qui le plaisantent, provoque fréquemment les passants, rentre chez lui, par suite de rixes, avec des vêtements en lambeaux. Un jour il est rentré déclarant qu'il venait de tomber Paul Pons. — Une autre fois, voyant sur le bord du canal quelque personnes oisives, il en fait aussitôt une foule qui regarde l'eau, il déclare qu'une personne se noie, cherche à la voir, indique la place où il la voit, invite les gens à la secourir. Lui-même va la sauver, mais ne sachant pas nager, il se penche seulement sur le bord, lui tendant le bras. Alors la foule s'écrie, admirant son courage : « *Cet homme-là, c'est Napoléon !* » Tout d'abord il a peine à le croire, puis il l'admet, et au commissariat il déclare : « *Je suis Napoléon.* » Pas d'amnésie consécutive.

Jamais il n'a, dans ses ivresses mégalomanes, porté de décoration, ni fait des emplettes ou commandes. Il est remarquable aussi que jamais, malgré que l'idée d'une invention le hante durant ses périodes calmes, il ne se soit donné, dans son ivresse, pour inventeur.

©BIUM

Nous trouvons là, surtout dans le deuxième épisode, la collaboration de l'onirisme avec l'exaltation du moi et avec la conviction d'une transformation. La croyance du malade en sa transformation est absolue ; les actes sont liés et ordonnés par rapport à l'idée orgueilleuse, durant une période appréciable ; l'euphorie est pure et soutenue, elle se représente à chaque ivresse. Quelques degrés de plus, et nous verrions une personnalité complète se constituer, en ce sens que le malade agirait avec des facultés variées et avec un jugement normal dans le domaine de l'imaginaire.

Que faudrait-il pour cela ? un onirisme moins sensoriel, c'est-à-dire où les facultés intellectuelles tiendraient plus de place, un onirisme moins mobile, un onirisme conduit par un moteur interne, où les images (perceptions fausses, illusions, hallucinations) ne jouissent d'aucune indépendance et ne fassent pas dévier les concepts, mais soient subordonnées à eux dans leur naissance et dans leur marche. (Il faudrait aussi d'autres caractères moins importants.)

Ici l'onirisme est conduit, pour une part, par le tonus émotionel, mais aussi, pour une part plus grande, par les centres sensoriels relativement émancipés. La part directrice du tonus se prouve d'ailleurs clairement, chez le malade L..., par la gradation des idées et par la stéréotypie ébrieuse portant sur le tonus seulement. Les régions cérébrales inconnues ou les systèmes d'éléments cérébraux inconnus, qui sont le siège du sensorium commun, peuvent donc être touchés *primitivement* ou *spécialement* par le toxique, comme ils le sont dans la mélancolie et la manie. Or, nous savons, surtout par les mélancolies, de quelle importance sont ces centres ou éléments dans la représentation du moi, dans la notion d'identité (idées hypocondriaques, de transformation corporelle, idées d'inexistence corporelle ou psychique, etc.).

©BIUM

Des sensibilités seraient aussi, suivant P. Janet (*Automatisme mental*), à la base des états seconds chez l'hystérique, etc.

Bref, nous retrouvons dans ces délires rudimentaires non pas seulement la *conviction* d'une transformation, mais la réalisation commencée d'une transformation véritable des sensations et des fonctions, en un mot, de tout le moi.

Seulement, la transformation est ici superficielle et transitoire. Elle ne met pas en jeu des éléments profonds (souvenirs, facultés, aptitudes). La conviction qui tend à la réaliser est fortuite et consiste en idées contingentes, qu'une imminence morbide accueille, sans les avoir créées de toutes pièces, et sans même être qualifiée pour les mettre activement en œuvre. Elles s'accordent avec l'euphorie, mais ne se superposent ni au moi total, ni au moi partiel ; elles ne s'identifient pas, en un mot, à tout un ordre d'idées préétabli, comme il arrive quand c'est cet ordre d'idées qui les élabore à lui seul.

Cette idée fortuite, dans un cas donné, est accueillie avec surprise et acceptée après un temps d'hésitation. L'activité qui en résulte est courte, simple, peu inventive, peu homogène, et la formule, en quelque sorte injustifiée, a peu de tendance à se reproduire.

Qu'on nous permette une digresssion relativement à la concordance des hallucinations, d'une part, avec le « sensorium commune » et les idées préexistantes, d'autre part.

Cette concordance résulte, dans les délires toxiques comme dans les vésanies, d'une influence du subconscient et de tout le domaine intellectuel, sur les productions sensorielles ; cette influence détermine, indéniablement, la nature, et même très souvent le contenu de l'hallucination (voix qui donne inopinément le nom du vrai persécuteur ; voix qui, chez les mélancoliques,

©BIUM

déterminent le raptus dangereux ; voix qui donne un ordre au mystique, etc.).

Dans le cas de vésanie, l'hallucination apporte une formule nécessaire pour tout un système de tendances, de pressentiments et d'idées, et vaut par son adaptation, exactement préétablie à ce même système. Dans le délire toxique, l'hallucination suggérée de même quant à son genre, mais plus fortuite quant au contenu, s'impose par sa soudaineté même, son intensité, son brillant, à une conscience dénuée de critique ; et le domaine d'idées et le tonus qui l'ont en partie provoquée, sont en soi assez schématiques, assez instables, pour pouvoir être modifiés par ce qu'elle contient d'imprévu dans ses détails. Elle entraîne une conviction immédiate, et l'acte qu'elle tend à provoquer, s'il n'a pas lieu de suite, n'a pas lieu du tout ; tandis que la même hallucination, provoquée par incubation vésanique, peut éveiller, dans la conscience, une résistance, et demander encore un délai avant d'aboutir à un acte, mais cette progression même témoigne d'un développement systématique, et présage un aboutissant presque fatal.

Les conditions d'une telle systématisation sont une participation active de l'intellect au délire, et un noyau de délire puisé dans la profondeur même de l'être, qu'il s'agisse de tendances connues ou de possibilités latentes. Ces possibilités consistent en des fragments cachés du moi, susceptibles de devenir tendances (volontiers, en raison de leur inertie normale nous les nommerions des *latences*). Ces possibilités sont ou l'idée suicide, ou l'appétition homicide, ou le goût de l'auto-accusation, ou le délire mégalomaniaque ; ces aptitudes latentes ont toutes ceci de commun, qu'une fois surgies elles accaparent durablement toute la conscience, se subordonnent tout l'inconscient, et accueillent l'hallucination qu'elles occasionnent, avec la même avidité et par suite des mêmes

©BIUM

concordances qu'une vésanie. Pour cette raison, les hallucinations seront liées à un concept dominateur, elles dicteront une série d'actes et non pas un acte isolé. Tel est le cas des trois ébrieux que nous avons cités les premiers. Les concepts chez eux sont exactement *endogènes*, c'est-à-dire que chez eux les actes, les illusions de la vue et jusqu'à l'hallucination sont *fonction de l'euphorie seulement*, et subordonnés à un rêve *intellectuel*; chez les autres, les concepts ont pour origine une combinaison sensorielle en somme tellement périphérique et contingente par rapport à la sphère psychique, que sans trop d'inexactitude on pourrait les dénommer parasitaires.

Nous rappellerons aussi que quelquefois, chez des alcooliques classiques, présentant des panophobies et des idées de persécution d'une durée de huit à quinze jours, se manifestent des idées de grandeur qui durent autant que le délire même. Nous pensons que cette mégalomanie, en somme exceptionnelle, doit être rattachée à la dégénérescence, et sans doute rapprochée de l'aptitude ordinaire des dégénérés au délire polymorphe. (Dr Magnan.)

Egalement dans divers états post-infectieux ou autotoxiques, se montre parfois de l'euphorie avec idées ambitieuses (scarlatine, typhoïde, etc.). Mais la genèse de l'idée de grandeur, dans ces divers cas, n'a pas forcément le même mécanisme que dans les délires transitoires dont nous parlons; ce qui nous dispense d'insister.

IV

La crise, envisagée dans sa marche, présente des phénomènes constants. Elle survient après une période préparatoire, faite de soucis et d'insomnie, et qui pro-

©BIUM

duit non pas l'imminence de telle idée, mais un certain degré de désagrégation psychique.

Le début de la crise a lieu brusquement; aucune boisson alcoolique ne paraît spécialement active. Des hallucinations élémentaires peuvent précéder ce début; les hallucinations alcooliques classiques peuvent en suivre la terminaison. Le sujet peut indifféremment jusque-là, avoir ou n'avoir pas présenté le délire alcoolique typique.

La crise est d'emblée toute intellectuelle, ou tout au moins à direction intellectuelle.

Les hallucinations désordonnées, l'agitation motrice, l'anxiété, sont absentes; le tableau est celui d'une période de manie intellectuelle. La crise se termine brusquement dans l'hébétude ou dans une confusion hallucinatoire banale. Le sens critique réapparaît aussitôt l'euphorie tombée. Il n'y a pas d'amnésie consécutive.

Les autres types d'ivresses anormales (oniriques, pseudo-rabiques, suicides, etc.) sont, on le sait, souvent préparés par une période de malaises moraux. Il en est de même de la plupart des onirismes non ébrieux.

Les onirismes, ébrieux ou non, se terminent souvent par une période de demi-rêve, avec doute et sensation d'étrangeté, durant de quelques heures à plusieurs jours. Aucun de nos trois malades n'a présenté rien de tel : chez tous le retour à la réalité est rapide.

Le terrain et la composition même du délire nous offrent aussi des constantes. Les sujets sont des dégénérés avec alcoolisme chronique, peut-être même avec léger affaiblissement intellectuel. L'âge est relativement avancé.

Les conditions principales du délire (chronicité alcoolique, déchéance sociale, noyau compact de souvenirs, absence de motricité, d'hallucinations marquées, et aussi d'angoisse) seraient peut-être plus difficilement réalisés chez des sujets plus jeunes.

©BIUM

Nous avons rencontré chez un sujet de vingt-quatre ans, déjà interné pour perversions morales et hypomanie, un cas de grivèlerie, avec exaltation ambitieuse transitoire ; mais la crise n'avait pas la tenue des délires plus haut rapportés, et bien que l'exaltation fût indéniable, il y avait lieu de soupçonner une exagération volontaire ; nous ne pouvons donc en faire état.

Nos sujets ne seraient-ils pas, de préférence, peu moteurs, plutôt doux de caractère et doués de peu de volonté? Il le semble. Ces traits dominants leur donneraient une physionomie à part dans la foule des dégénérés. Mais il nous faudrait une série clinique plus longue pour pouvoir affirmer des données aussi spéciales. Nous savons d'ailleurs que les ivresses pathologiques ne puisent pas forcément leurs matériaux dans la psychologie habituelle des sujets, mais que quelquefois elles *révèlent* en eux ou même y *créent*, pour quelques heures, des aptitudes insoupçonnées.

Si maintenant nous cherchons à nous expliquer ces constantes (euphorie, tendance mégalomane, prédominance intellectuelle, cercle d'idées limité, systématisation, stéréotypie), nous reconnaîtrons assez aisément quelles conditions les facilitent, mais nous ne pourrons pas isoler les facteurs qui les déterminent.

Une apparence d'explication globale se présentera d'abord à l'esprit des psychologues plutôt que des aliénistes. Ce délire mégalomane se produirait par compensation aux humiliations récentes et par utilisation des seuls souvenirs brillants dont l'individu dispose. L'ivresse exaucerait les souhaits du déchu, en faisant de lui ce qu'il aimerait le mieux être ; il a bu d'ailleurs afin d'oublier, etc. Cette explication ne vise que le contenu idéique du délire. Sans quitter le point de vue psychologique banal, on lui peut objecter ceci : L'euphorie une fois constituée, pourquoi *tels souvenirs* sont-ils seuls

©BIUM

utilisés ? pourquoi de telle manière ? pourquoi par exemple cette forme purement somptuaire des souvenirs régimentaires ou maritimes ? D'autres rêves d'une donnée tout autre (richesse personnelle, amour, gloire) ne compenseraient-ils pas plus exactement encore les déboires récents (pauvreté, condamnation, abandon) ?

Mais l'idéation est secondaire à l'euphorie. Il ne suffit pas au buveur de chercher l'euphorie pour la trouver ; le résultat des libations pourrait être l'ivresse banale, ou des idées de persécution inattendues, l'angoisse, la terreur, etc. Nous voyons un de nos malades tomber dans le délire hallucinatoire banal, au sortir de la crise mégalomane. Les termes du problème les plus obscurs portent sur le *mécanisme* du délire, et non sur son contenu. Ce sont la genèse de l'euphorie, sa pureté, sa stabilité, la direction intellectuelle, la systématisation, la cohérence, l'absence de toute hallucination parasite, enfin la stéréotypie tant de l'ensemble que des détails. Or, les considérations psychologiques ne nous expliquent rien de tout cela. Nous y attarder serait imiter l'erreur des profanes qui veulent voir par exemple, dans les préoccupations antérieures du malade, l'origine de sa mégalomanie paralytique, alors qu'il faut incriminer la syphilis.

Malheureusement, notre recherche de l'explication causale s'arrêtera peu au delà de l'analyse.

Nous avons déjà signalé la désagrégation psychique (chagrin, alcool). Nous avons aussi insisté sur la prédominance de l'intellect et du tonus humoral dans tout le délire, que nous avons pour cette raison comparé à une courte manie. Ces deux prédominances témoignent d'une électivité toute spéciale de l'agent toxique sur certains éléments cérébraux. Cette électivité résulte-t-elle de la personnalité du sujet ? Cela ne nous semble nullement démontré, d'autres modalités délirantes

©BIUM

étaient possibles, en très grand nombre. L'ivresse aiguë est-elle une condition suffisante, chez nos sujets, de cette forme maniaque (ou mieux hypomaniaque) du délire? Nous ne le croyons pas, car dans leur jeunesse ils n'ont jamais déliré sous cette forme; donc une imprégnation ancienne nous paraît, jusqu'à nouvel ordre, nécessaire.

Il nous semble d'ailleurs que ce double caractère, diminution de la motricité et de l'émotivité, n'est pas absolument rare dans les ivresses et les délires des alcooliques de vieille date. Il nous semble que, du moins dans notre sphère d'observation, les panophobies les plus dramatiques et les agitations les plus intenses se rencontrent chez des sujets relativement jeunes, au-dessous de trente-cinq ans par exemple; et que, au delà de quarante ans, les récidivistes du delirium tremens et de l'ivresse dont nous avons souvent sous les yeux des exemples, tout en se montrant richement hallucinés, sont moins profondément anxieux, moins agités, moins violents, et parlent d'hallucinations moins effrayantes, souvent de caractère purement burlesque. Si cette remarque, que nous soumettons sans commentaires à l'appréciation du lecteur, était exacte, elle serait à rapprocher du cas de nos crises ébrieuses hypomaniaques. Aucun de nos sujets n'a débuté dans ce genre d'ivresse avant quarante ans; il semble donc que l'ancienneté de l'imbibition soit pour quelque chose dans l'intellectualisation au moins temporaire de leur délire.

L'euphorie est une teinte psychique fréquente au cours des ivresses banales, mais rare dans les ivresses pathologiques et dans les épisodes oniriques de toute origine (sauf l'hypnose) où l'inquiétude, la tristesse, l'angoisse sont au contraire presque constants. De même que les centres moteurs, et dans une large mesure les

©BIUM

centres sensoriels, sont ici en activité réduite, de même les cordes variées de la sensibilité alcoolique sont au repos.

Le sujet durant cette période garde un certain discernement, compréhensible puisque des éléments intellectuels de son esprit sont presque seuls en jeu ; le champ de sa conscience est étendu, et d'ailleurs, une personnalité tout entière est au service de sa conviction. Pour cette dernière raison, la série des actes accomplis sera cohérente. Par toutes ces données, la crise délirante se rapproche de l'hypomanie.

La composition du délire semble être, dans l'ensemble, le résultat du concours de plusieurs circonstances : euphorie, excitation à prédominance intellectuelle, idées d'élévation sociale, préexistence d'un lot de souvenirs bien cohérent. Il nous semble que ce lot de souvenirs est vivifié par une *imprégnation directe*, et non par un des mécanismes de l'association des idées. Dans ce lot de souvenirs, il faut comprendre non pas simplement les images d'une époque, mais toute une manière d'être s'y rattachant.

Il constitue tout un système d'idées et d'habitudes, ayant occupé longtemps et presque exclusivement le sujet à une époque déjà ancienne. Ce système est de ceux qui, dans les démences ou les périodes d'amnésies graves (traumatisme, intoxication, etc.), subsistent ou disparaissent isolément pour des raisons indépendantes de toute psychologie ; il est de ceux que des onirismes divers (urémie, rêve, etc.) revivifient passagèrement, mais avec des tonus psychiques et dans une forme bien différents des cas actuels.

Bien évidemment, dans ces conditions diverses, le substratum organique des souvenirs est directement mis en jeu, et *révélé* (au sens photographique du mot) sans que les associations d'idées soient pour rien dans son

©BIUM

rappel à l'existence consciente. Dans tous les cas aussi, la revivification, soit totale, soit partielle, est systématique ; l'ensemble des souvenirs est comme un polynome, dont un chaînon une fois donné amène les autres. Les lacunes mêmes sont circonscrites, systématiques, inexplicables par la psychologie usuelle. Certes ces constatations n'expliquent pas le fait ; mais elles le rattachent à une loi.

Il est impossible de ne pas remarquer le caractère purement somptuaire des allégations et des actes, durant la crise d'hypomanie mégalomane. La nature de l'euphorie, en l'espèce essentiellement douce, en est certainement une raison. Peut-être n'est-elle pas la seule, et la genèse de cette euphorie est en elle-même un problème.

La transformation de la personnalité, qui a lieu dès le début de la crise, comporte deux données : une conviction d'abord, en outre, un ensemble de pensées, de capacités et d'aptitudes, autrement dit, une sorte de personnalité qui satisfasse suffisamment l'auto-critique du sujet. Cette auto-critique s'exerce, en effet, dans les limites du rôle adopté, et elle est satisfaite à bon droit, car le naturel est parfait dans les propos et dans les actes, et, d'autre part, des délusions comblent les vides et masquent les contradictions que présenterait la réalité à une perception non troublée. Dans quelle mesure le sujet peut-il douter de la réalité de sa personnalité seconde, prise dans l'ensemble, et de celles des choses inexistantes dont il subit la perception? Sa foi dans l'une et dans les autres pourrait-elle être momentanément ébranlée par des interpellations pressantes? N'aurait-il pas spontanément, et d'une façon subcontinue, conscience qu'il se meut dans un rêve? C'est là une question importante, mais qui se pose à propos de bien des délires. La conscience, au moins partielle, de

©BIUM

l'irréalité de ses dires, du mal fondé de ses agissements, n'impliqueraient pas nécessairement la simulation intégrale. Il suffit que l'individu ne puisse défendre sans effort son champ de conscience contre des sensations, des idées et des activités qui lui plaisent, pour constituer l'état morbide. L'hypomanie et les états oniriques nous montrent constamment des malades convenant de l'absurdité de leur humeur, de l'irréalité de leurs visions, et y revenant dès que nous cessons de dominer et de dériver leur attention.

La stéréotypie du délire n'a rien qui doive nous surprendre. Le caractère relativement préétabli du bloc d'idées que nous avons démontré, l'explique peut-être suffisamment ; mais une autre raison, plus générale, et plus importante suivant nous, est que chez un même individu, dans une succession de périodes toxiques, les détails du premier délire tendent à se reproduire régulièrement, même les détails les plus fortuits (ici les chiffres 7 et 14, par exemple). Toutes les lettres du polynome réapparaissent dès que la parenthèse est rouverte.

L'origine des diverses latences (pseudo-rabiques, suicide, homicide, etc.), que révèlent certains délires toxiques, est-elle variable? Est-elle, suivant les cas, instinctive, ancestrale, ou familiale, ou personnelle, ou contingente? Cette question nous paraît, dans la majorité des cas, impossible à résoudre. La poser plus nettement exigerait d'ailleurs une revue complète des sentiments, actes et idées stéréotypés des intoxiqués anormaux.

Pour le cas actuel, il semble difficile de voir dans la mégalomanie l'expression, du moins exclusive, d'une tendance personnelle. La combinaison d'une tendance mégalomane bénigne avec un état cérébral donné, et avec une formule toxique toute spéciale, nous paraît absolument nécessaire. De cette formule toxique spé-

©BIUM

ciale, la caractéristique clinique serait de déterminer chez nos sujets tel genre d'euphorie, à une dose et durant un temps où elle n'influence que très peu la plupart des centres cérébraux ordinairement exaltés par l'alcool.

De cette même formule, évidemment mystérieuse, nous nous hasarderons cependant à dire ceci : qu'elle doit être constituée, pour la plus grande part, des produits de déchets de l'organisme. Ce qui tend à nous le faire croire, c'est l'état de malnutrition, la période de troubles moraux antécédente, le fait, pour le délire, de succéder aux libations les plus disparates, les ressemblances avec la manie et l'onirisme.

Les états oniriques, en effet, semblent coïncider le plus généralement avec des auto-intoxications (délires post-émotionnels, confusions, urémie, etc.), tandis que l'action directe et immédiate des toxiques exogènes engendre plutôt une activité hallucinatoire désordonnée, qui utilise bien moins les souvenirs et les facultés du sujet, et qui rend sa personnalité, surtout au début du délire, plus schématique.

Dans les ivresses pathologiques, le sentiment, l'acte, l'idée, constituent, avons-nous dit, dans la personnalité du sujet, soit un réveil des éléments connus, soit une révélation spéciale, soit une création absolue. Bien entendu, ces trois modes d'action ne sont pas forcément distincts, ils doivent s'exercer simultanément, mais avec des mesures inégales dans la plupart des cas.

Nous avons vu comment l'imprégnation toxique délimite un bloc de souvenirs et en accuse l'homogénéité ; dans ce même bloc, l'imprégnation doit exercer des suppressions et additions. Elle agit comme le colorant histologique qui, dans une coupe, choisit certains éléments, laissant les autres inaperçus, établissant des apparences d'identité et de connexion entre des points

©BIUM

quelquefois non identiques et non connexes ; tandis qu'un autre réactif aurait donné sur la même coupe d'autres détails et d'autres rapports, tout en constituant une image superposable, par certains pleins et certains vides, à la première.

Cette comparaison montre exactement, croyons-nous, le degré de logique et le degré d'arbitraire des électivités toxiques s'exerçant sur le cerveau vivant. Elles évoquent simultanément certaines données, qui se trouvent être, les unes solidaires, les autres non, et cela par un effet direct de l'imprégnation des tissus, sans que l'association des idées y soit pour rien.

V

La période mégalomaniaque s'accompagne, comme nous l'avons vu, de quelques troubles sensoriels. Ces derniers sont peu nombreux, peu intenses, et d'un contenu déterminé.

Le sujet croit être revêtu d'habits plus élégants, il voit même, littéralement, certains objets inexistants : des galons, une décoration, des pièces d'or.

Il ne s'agit pas là d'hallucinations dominatrices, comme celles du délire alcoolique proprement dit ; par exemple, le malade ne distribue pas ses pièces d'or imaginaires, comme l'éthylique aigu nous remet les insectes ou les paillettes qu'il ramasse à terre. Cette retenue semble même prouver que le malade, jusqu'à un certain point, a conscience de leur inexistence. Si, par moments, il a une foi absolue en leur réalité, néanmoins, elles ne sont pas suffisamment intenses et accaparantes pour diriger l'action. Dans leur nature et leur moment d'apparition, elles sont subordonnées aux facultés intellectuelles, qui semblent les évoquer au fur et à mesure des besoins, pour combler les lacunes du

©BIUM

monde réel. Par leur caractère fragmentaire, par leur adhérence à la réalité, elles ressemblent à l'illusion proprement dite. Probablement, elles appartiennent à un ou plusieurs des nombreux types intermédiaires entre le simple trouble de la perception et l'hallucination totale (Kraepelin, *Psychiatrie*, 7e édition, vol. I, p. 133 et suiv.). C'est pourquoi nous serions tentés de leur appliquer le terme générique de *délusion*, en usage chez les psychiatres anglais, et qui a l'avantage de ne rien préjuger quant à la nature intime de l'erreur. (Il nous semble que ce terme, de sonorité si latine, pourrait avec avantage être réintroduit dans notre langue.)

Des troubles sensoriels très analogues se rencontrent dans la manie. Les délusions sont intercurrentes, non directrices, non absorbantes ; le sujet n'a pas en elles une foi absolue ; notamment, il convient assez facilement de l'irréalité de telle vision qu'il vient d'avoir. Cependant, il tend à y croire, s'il n'est distrait ou raisonné. Il convient de remarquer que la délusion est ici, d'ordinaire, intercurrente et fugitive, sans grand rapport avec le reste du délire, et pour ces motifs elle a peu de tendance à susciter des actes. Dans notre crise mégalomaniaque, les délusions affectent le sens visuel exclusivement. Dans la manie, les délusions visuelles sont constamment aussi les plus nombreuses.

Une donnée cliniquement certaine, c'est le peu d'intensité de l'excitation sensorielle. Cet effacement relatif est sans doute nécessaire à l'organisation du délire ; la surabondance et la contingence des images rendraient impossible le décours régulier des pensées ; probablement aussi elles mettraient en jeu la motricité ; ou pour mieux dire, notre délire est le résultat d'une imprégnation toxique de formule telle, qu'à une dose donnée elle excite certains éléments intellectuels, tout en ne stimulant que très peu les centres moteurs et sensoriels.

©BIUM

L'activité des uns durant le silence des autres est un fait d'électivité. Ce fait est d'autant plus remarquable que transitoire ; les hallucinations sont proches, et l'hypomanie n'est parfois, nous l'avons vu, qu'un intermède entre deux délires alcooliques de forme banale.

Quand nous parlons de suractivité des facultés intellectuelles, nous ne prétendons pas présumer d'une plus-value momentanée de ces facultés, mais seulement de leur activité prédominante et de leur expansivité trompeuse. Nous croyons, en effet, que leur exaltation est partielle ou apparente, ici comme dans le cas de la manie (Kraepelin, *Psychiatrie*, vol. II, p. 365, 6e éd.).

Nous ferons remarquer que les illusions et hallucinations du sujet portent, pour une grande part, sur son propre aspect, puisqu'il se voit élégamment vêtu et décoré ; autrement dit, son attention est constamment portée *sur son apparence extérieure*. Ce fait nous semble exceptionnel dans le cadre des délires éthyliques.

En effet, l'ébrieux anormal ne décrit jamais *spontanément* l'aspect de sa propre personne telle qu'il la voyait dans son rêve.

Le délirant alcoolique aigu ne se décrit pas non plus lui-même ; si sa cénesthésie l'occupe, si des sensations tactiles lui suggèrent l'hallucination de quelques taches tout adventices sur sa peau ou sur ses vêtements (fils, paillettes, insectes, etc.), par contre l'auto-représentation chez lui paraît intacte, ou, ce qui revient au même, secondaire. — C'est là, du moins, une remarque que la revue de nos souvenirs nous suggère ; nous la soumettons sans réserves à l'appréciation du lecteur. Nous ignorons quels résultats donnerait l'interrogatoire d'une série de malades, dirigé spécialement sur ce point. Le sujet mérite tout au moins d'être étudié. Si notre estimation est exacte, l'explication du fait nous semble devoir être facile. — En tout cas, deux données pa-

©BIUM

raissent, avant toute enquête, bien certaines ; savoir, que les malades ne parlent *jamais spontanément* des transformations extérieures de leur personne, alors qu'ils parlent si facilement d'une fantasmagorie ambiante ; ensuite, que, si les troubles de l'auto-représentation existent, ils n'ont pas du moins un rôle directeur dans les attitudes et les actes.

Bien au contraire, nos trois malades ont raconté spontanément comme ils s'étaient vus transformés, et d'ailleurs cette transformation se liait intimement à leur délire. Peut-être faut-il attribuer, sinon les fausses perceptions visuelles, du moins l'attention au moi externe, à l'excitation submaniaque avec laquelle elle cadre si bien.

Une fois nous avons rencontré ce genre d'attention, mais sans trouble de la perception, chez un alcoolique délirant, et cela, détail digne d'être noté, dans des minutes mégalomanes. Cet individu, déjà cité, qui croyait être nommé chef de la sûreté, avait conscience de la pauvreté de ses vêtements et la regrettait, mais n'en partait pas moins tel quel, pour prendre possession de son poste, quand il fut pris de panophobie.

VI

Durant la crise, le sujet non seulement est parfaitement orienté, mais conserve une certaine dose de jugement, qui s'exerce dans les limites de son délire : le sujet voit et juge comme dans la vie normale, sa démarche, ses gestes, ses mots. Seul, l'ensemble de sa conduite échappe à sa critique. Mais peut-être n'y échappe-t-il pas totalement. Le sujet fait montre d'une certaine prudence, s'abstenant de certains actes qui seraient naturels dans sa situation, tels que fausses signatures, émission de chèques et dons fictifs ; le sujet

©BIUM

s'abstient de grivèlerie presque toujours ; nous verrons enfin que parfois il peut prendre ou paraître prendre telle précaution, en vue d'atténuer ultérieurement sa responsabilité pénale. Mais une telle conscience, qui n'empêche ni l'ascendant des délusions ni *a fortiori* le passage aux actes, ne saurait être comparée à la conscience telle qu'elle existe après la crise.

Un de nos malades a, une fois au moins, au début d'une de ses périodes, envoyé un exprès chez un aliéniste en renom, évidemment aux fins de se faire plus promptement déclarer irresponsable. Au moment où il écrivit sa lettre à l'aliéniste, il venait d'entrer, sans argent, dans un salon particulier d'un restaurant de luxe, en la société d'un jeune homme qui semblait être son compagnon de pédérastie. Il semblerait donc y avoir eu, dans ce cas, un simple délit de grivèlerie, avec simulation de délire préméditée.

D'abord, une telle simulation ne prouverait pas que les autres crises mégalomaniaques fussent simulées (ainsi la simulation du projet de suicide se rencontre chez des sujets ayant déjà fait des tentatives de suicide sincères, d'anciens internés simulant leur ancien délire, etc.). Ensuite cet appel à un aliéniste pouvait être fait en vue du délit de grivèlerie, ou des absurdités quelconques que l'ivresse pouvait faire commettre, et le délire mégalomaniaque serait survenu en supplément durant l'ivresse. Enfin, et c'est là le point important, le sujet déjà excité par l'alcool peut parfaitement avoir conscience qu'il va présenter ou présente déjà son délire mégalomaniaque habituel. Il est possible qu'à la prévision du délire, le sujet ajoute un délit volontaire, qu'il ait même conscience de son irresponsabilité et qu'il en joue ; l'aptitude délirante et le délire n'en existeront pas moins. Nous rappellerons que pareille conscience de l'imminence ou de l'actualité morbide existe chez l'hy-

©BIUM

pomaniaque, chez l'hystérique, chez l'ébrieux même. Voilà pour la préméditation.

Pour ce qui est de la grivèlerie, ou de tout autre délit dont le sujet tirerait un profit quelconque, ils ne donneraient pas nécessairement au délire un caractère de simulation. Les cas que nous appellerons « désintéressés » parce qu'ils ne peuvent rapporter au sujet, comme résultat matériel, que des ennuis, doivent nous faire comprendre et admettre les cas compliqués d'intérêt et de bénéfices momentanés. Ainsi les obsessions et impulsions dénuées de caractère délictueux nous démontrent, en toute clarté, le mécanisme d'autres obsessions et impulsions qui se trouvent engendrer des délits (Magnan).

Il est donc possible que nos malades n'aient pas toujours une créance absolue en leur délire, et qu'ils mettent quelque complaisance à s'abandonner à ce dernier : l'illusion, pour n'être pas rigoureusement irrésistible, n'en est pas moins morbide dans son essence. Elle doit d'ailleurs être considérée comme irrésistible, si le sujet ne peut y résister qu'en vertu d'un secours extérieur, et s'il s'y abandonne, en pratique, sans lutte. Ainsi dans l'hypomanie, et plus simplement encore dans le besoin de sommeil normal, le sentiment de pouvoir résister est pour une part, de beaucoup la plus grande, une illusion de l'observation III.

Cette complaisance à l'égard des idées mégalomaniaques est particulièrement compréhensible chez des individus *imaginatifs*, ayant par nature le *goût du mythe* (Dupré) et enclins, comme tels, à vouloir tromper, ou du moins éblouir eux et les autres. Chez ceux-là, le plaisir de transformer et de se transformer, l'incapacité de séparer la réalité de l'invention, sont des infirmités habituelles. Elles se décuplent presque fatalement dans une ivresse de forme psychique.

©BIUM

VII

En résumé, nous admettons comme démontré qu'il existe une ivresse psychique avec thème délirant donné, actes mégalomaniaques spéciaux, euphorie et hypomanie, qui se développe subitement, chez des dégénérés alcooliques, dans une période de déchéance, et qui a tendance à se renouveler d'une façon stéréotypique.

Les récidives ont lieu généralement à des intervalles assez rapprochés, pendant une période maladive.

Le thème clinique varie peu, il mène à des commandes somptuaires ; il est, sauf très rare exception, complètement désintéressé.

La même euphorie pure a toujours coïncidé chez nos malades, avec des thèmes de même ordre, que nous pouvons appeler somptuaires.

Des états mixtes sont possibles, dans lesquels les hallucinations et l'agitation motrice prédominent : nous sommes alors en présence de simples variations de l'ivresse, de délire polymorphe avec alcoolisme, plutôt que d'une forme d'ivresse morbide. D'ailleurs, en pareil cas, l'activité est courte, et faiblement coordonnée, on ne la conçoit d'ailleurs durable et cohérente que justement par l'effacement des centres sensoriels et moteurs.

Toutes les conditions que nous avons énumérées nous paraissent être simultanément nécessaires ; de leur coïncidence seulement peut résulter une activité suivie.

Ces cas sont peut-être moins rares qu'ils ne semblent ; ils peuvent être facilement méconnus, parce que si le malade est considéré dès l'abord comme alcoolique, l'épisode mégalomaniaque passe inaperçu à côté des troubles hallucinatoires et de l'agitation subséquentes ; s'il est dirigé sur la prison, et si une expertise est ins-

©BIUM

tituée, l'expert arrivera un peu tard pour entendre du malade un exposé significatif.

Le malade, d'ailleurs, ne se rend pas forcément compte du caractère particulièrement pathologique de son ivresse, il peut considérer les crises antécédentes comme une aggravation et non comme une excuse de son cas, et pour ce motif les tenir secrètes. Si les délinquants demandent une expertise, et si l'expertise leur accorde une atténuation quelconque de la responsabilité, c'est pour des raisons d'ordre banal, comme des internements antérieurs, leur dégénérescence foncière, etc.

Le médecin expert lui-même ne pense pas forcément à rechercher la stéréotypie. Il tend à voir dans le cas donné un délit qui a été seulement favorisé pour l'ivresse : et cette explication semble surtout légitime lorsque le malade a déjà été condamné, ou lorsqu'il est visiblement hypomoral. *A fortiori* le délire est-il méconnu, lorsque certains actes de la crise même portent des marques de préméditation et de calcul (ainsi la grivèlerie et la sodomie dans un de nos cas).

Lors même que la simulation partielle apparaîtrait, il importerait de se souvenir d'une part que la tendance mythomaniaque est en elle-même morbide, et d'autre part que la demi-conscience n'est pas un phénomène rare en pathologie mentale.

Généralement, la mesure de l'internement s'imposera, pour les raisons suivantes : le sujet, alcoolique et cachectique, se présente dans un état de moindre résistance qui l'expose aux délires variés de l'alcoolisme ou de la dégénérescence ; les idées de suicide sont fréquentes ; la situation sociale du malade est telle qu'il ne peut guère trouver qu'à l'asile une hygiène physique et morale ; il sollicitera lui-même, assez souvent, son internement. Parfois l'admission dans un dépôt de mendicité suffira au traitement physique. L'ex-malade pourra

©BIUM

en ressortir, comme de l'asile d'aliénés, muni de vêtements neufs et d'un pécule.

Souvent aussi les malades appartiendront à cette catégorie de dégénérés, si embarrassante pour les pouvoirs publics dans l'état actuel de la législation, auxquels conviendrait l'internement à long terme dans des établissements à régime spécial pour les buveurs, ou les délinquants d'habitude, ou les débiles.

Les crises mégalomaniaques et hypomaniaques de cause toxique, que nous venons de dépeindre, nous ont rappelé à diverses reprises certaines données de la pathologie générale de l'esprit. Ainsi, pour l'électivité quant au tonus émotionnel, aux facultés mises en jeu, et à la composition du délire; la stéréotypie au cas de récidive délirante, l'illusion d'une personnalité nouvelle basée sur la cénesthésie, etc.

Prises dans leur ensemble, elles constituent un cas particulier de ces rencontres entre un terrain d'un certain genre et un toxique d'une certaine formule, *rencontres hérédo-toxiques*, suivant l'expression du Dr P. Garnier.

Nous rappellerons que ces deux notions, qui se limitent mais se complètent l'une l'autre, ont été spécialement mises en lumière par deux de nos maîtres, par M. Magnan, à propos de l'absinthe, des essences, de la cocaïne ; par M. Paul Garnier, dans son étude sur les ivresses pathologiques.

Le présent travail devait prendre place, avec quelques autres dans son œuvre, à la suite du chapitre premier de son livre *La Folie à Paris*, et nous devrons nous-même avoir une part modeste dans leur rédaction, que la mort de notre vénéré maître nous a forcé à entreprendre seul. Nous espérons avoir exprimé exactement sa pensée, qu'une fréquentation assidue nous avait mis à même de connaître. Nous sommes heureux de dérober

©BIUM

ainsi à l'anéantissement une parcelle, si minime soit-elle, de ces trésors inappréciables qui constituaient son expérience, et dont il n'avait révélé encore, malgré l'importance de son œuvre, que la moindre part.

Nous nous efforçons en même temps de nous acquitter envers sa mémoire de la reconnaissance que nous lui devions pour ses leçons et son amitié. Qu'on nous permette enfin de rappeler quels étaient, en face du malade, les intuitions, l'adresse, le charme de ce maître, qui restera bien certainement, pour tous ceux l'ayant vu à l'œuvre, l'égal des plus grands cliniciens (1).

---

(1) Un de nos confrères de l'armée, le Dr Schmerber, anciennement médecin-major de la Légion étrangère, nous a cité une anecdote où a peut-être été en jeu le type du délire ci-dessus décrit.

Un soldat de la Légion, ayant disparu de son corps pendant deux ou trois jours, se rendit dans les douars voisins en se disant chargé d'une mission, et fit une réquisition de chameaux. On l'aperçut en tête de toute une caravane, marchant sans but. Au retour, il paraissait lucide. Nous ne savons pas quelle a pu être la durée exacte du délire, s'il y eut délire. La durée d'une journée serait déjà longue. Peut-être le thème délirant, suggéré d'abord par l'alcool, aurait-il été exploité, les heures suivantes, par fantaisie mythomaniaque. Nous ne sommes pas assez renseigné pour en juger. Il convient en tout cas de remarquer que l'âge des soldats de la Légion est en général beaucoup plus élevé que celui des soldats de l'armée métropolitaine, et que de plus beaucoup d'entre eux sont des dégénérés, alcooliques chroniques et socialement déchus, comme les malades qui ont fait l'objet de ce travail.

©BIUM

UN CAS D'ÉPILEPSIE LARVÉE

Par le Dr H.-O. SCHLUB
Médecin à la Maison de santé de Préfargier (Neuchâtel).

Suite et fin (1).

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Les cas que je viens de citer nous fournissent le matériel de comparaison entre les somnambules épileptiques d'un côté, et entre Berterini et plusieurs somnambules de l'autre côté.

Premièrement, se pose la question : Y a-t-il des traits caractéristiques qui permettent de faire une différence entre les cinq somnambules épileptiques et les onze somnambules de nature douteuse?

Pour répondre à cette question, il est indispensable de résumer les seize cas cités.

Quatre des cinq cas d'épilepsie avérée présentent des antécédents névropathiques qui chez l'un revêtaient un caractère franchement épileptique dès le début, chez les trois autres seulement plus tard. Piednoir est affecté d'épilepsie depuis son jeune âge ; Holzapfel a comme enfant des frayeurs nocturnes dont la nature épileptique devient évidente par le changement du caractère après la cessation des frayeurs. Schmid a sa jeu-

(1) Voir les *Annales* de juillet-août et septembre-octobre 1907.

©BIUM

nesse troublée par des crises névropathiques qui, vers l'âge de vingt-cinq ans, peuvent être désignées comme petit mal (Krafft-Ebing). Verre offre une anamnèse analogue à la précédente, mais les crises de petit-mal se déclarent seulement vers la trente-quatrième année. L'analyse du cas de Tschije ne donne pas de renseignements sur les antécédents du meurtrier.

Piednoir a un accès de « haut-mal » le soir qui précède la nuit fatale ; Holzapfel fait quelques jours avant un rêve analogue à celui de la catastrophe. Schmid passe par un accès d'épilepsie larvée ou de petit-mal le lendemain de sa tentative de meurtre. L'histoire de Verre parle seulement d'une perte de connaissance immédiatement après l'assassinat de sa victime. Le malade de Tschije se trouve dans un état stuporeux, une écume rouge devant la bouche, quelque temps après l'acte criminel. Cet état dure pendant douze jours.

En ce qui regarde les détails de la perpétration du crime, des données nous manquent chez Piednoir et chez le malade de Tschije. Holzapfel agit sous l'impression d'un rêve qui le faisait croire à une attaque de cambrioleurs ; son état mental est celui d'une demi-conscience durant l'accomplissement du désastre. Schmid est également effrayé par une attaque rêvée ; mais, pendant qu'il cherche une arme, il passe de l'état de demi-sommeil dans celui de veille. Verre enfin fait aussi un rêve effrayant, mais dépourvu de sens.

La question de la mémoire après le crime est évidemment d'un grand intérêt. Piednoir n'est pas amnésique immédiatement après le malheur, mais reste dans les termes vagues. Plus tard aussi, lors du premier interrogatoire, il ne se rappelle pas des détails, mais ses indications sont plus précises qu'elles n'étaient de suite après le crime. Holzapfel non plus n'est pas amnésique, mais sa mémoire ne garde que les détails du

©BIUM

rêve et non des faits ; plus tard seulement, lors des interrogatoires, il se rappelle certaines particularités du crime. Schmid se rend immédiatement compte de ses intentions, à peine réveillé. Il avait la mémoire intacte pour ce qui s'était passé pendant le sommeil et durant le demi-sommeil. Verre a également la mémoire intacte, aussi bien pour le rêve que pour les faits, mais son histoire ne dit pas combien de temps après le crime il fut interrogé. Le malade de Tschije ne se souvient de rien vingt-neuf jours après la crise.

L'observation ultérieure de nos cinq épileptiques a pu constater chez trois d'entre eux des accès épileptiques, savoir : chez Piednoir, chez Holzapfel et chez Verre. Toutefois est-il à noter que ce n'étaient pas des attaques convulsives, mais des équivalents. Chez Piednoir et Holzapfel, on cite l'amnésie pour ces accès.

En dernier lieu, je mentionnerai chez trois une tendance religieuse prononcée. Piednoir invoque la destinée et se demande comment Dieu va prendre la chose. Holzapfel écrit depuis la prison des exhortations à ses frères et sœurs et parle dans ses lettres du Christ et de l'Église chrétienne. Verre s'est voué à une religiosité exagérée dès sa trente-quatrième année, et essayait de convertir son père, qu'il assomme plus tard avec un crucifix.

Je résume : Antécédents épileptiques ou névropathiques connus, chez quatre individus. Crise épileptique et épileptiforme ou rêve analogue à celui du crime peu avant ou peu après le meurtre, chez les cinq individus. Rêve effrayant, déterminant l'acte criminel, chez trois. Conservation de la mémoire d'une façon plus ou moins parfaite aussi bien pour le rêve que pour les faits, chez quatre. Equivalents épileptiques durant une longue observation, chez trois. Religiosité exagérée, également chez trois.

©BIUM

Les onze cas de crime commis par des individus dont l'état épileptique reste douteux sont d'une valeur très différente, vu les renseignements fort incomplets qui nous sont donnés sur plusieurs d'entre eux.

Ainsi il nous manque presque tous les détails sur le cas Culpeper. Quant au religieux qui veut se venger sur son supérieur, nous savons que ses antécédents sont peut-être ceux d'un épileptique, mais ce n'est pas prouvé d'une manière concluante. Un rêve angoissant a déterminé l'acte criminel. La mémoire est conservée en bonne partie. Le fils qui tue son père, dans le cas relaté par Succow, était sujet aux rêves anxieux. L'interprétation erronée d'un bruit perçu dans l'état de sommeil détermine l'acte criminel. La mémoire est incomplète. Rêve angoissant observé à la prison.

Les antécédents du nommé Schidmaizig, qui tua sa femme d'un coup de hache, mentionnent seulement son caractère irritable. C'est une illusion de la vue, chez cet individu à peine réveillé au milieu de la nuit, sans rêve, qui occasionne le malheur. La mémoire est assez complète.

Le cas suivant est tout à fait analogue. Dans les antécédents, ce sont les rêves angoissants. Mais le crime est aussi accompli grâce à une interprétation fausse d'une chose vue dans l'obscurité. Le malheureux se rend immédiatement compte de ce qui s'est passé.

Dans le cas du jeune homme de Lyon, nous ne savons rien de ses antécédents. Le crime est déterminé par un rêve angoissant. La mémoire est parfaite.

Kolzarew, qui tue son frère qui le réveille brusquement, a passé déjà auparavant par des états analogues. La fièvre et le malaise général de la veille pourraient être un équivalent épileptique. L'état de la mémoire après le crime n'est pas indiqué.

Les données concernant les deux mères qui tuent leur

©BIUM

enfant sont trop sommaires pour permettre un diagnostic. Les deux agissent sous l'influence d'un rêve angoissant, l'une veut sauver l'enfant, l'autre veut se défendre. La première se rend compte du malheur.

Le jeune homme de Schillinger est connu pour ses rêves et son somnambulisme. Réveillé brusquement par son frère, il a failli le tuer. Plus tard, il tue son père dans les mêmes circonstances. Mémoire conservée.

Notre dernier cas enfin, celui de l'employé de chemin de fer, est remarquable par le fait que le crime est accompli en des conditions qui ressemblent beaucoup à un événement arrivé dix jours auparavant. Mais cette fois, notre homme, réveillé d'un profond sommeil, interprète les faits d'une manière fausse, et agit en conséquence. La mémoire de l'acte est parfaite, mais la lucidité ne se fait que plus tard.

Si nous n'osons pas déclarer les onze criminels, dont je viens de résumer l'histoire, atteints d'épilepsie, ce n'est pas parce qu'ils se distinguent de fond en comble des cinq premiers dont l'épilepsie est certaine, mais tout simplement parce que leur histoire ne présente, à peu d'exception près, pas assez de détails pour exclure d'une manière sûre l'épilepsie ou pour la reconnaître comme la base des phénomènes anormaux.

A part l'analogie dans l'acte criminel, analogie qui nous a fait réunir ces seize observations, les onze malades de nature douteuse offrent encore d'autres points de comparaison avec les cinq épileptiques. Presque tous ont des antécédents névropathiques. La cause déterminante du crime est tantôt un rêve effrayant, tantôt une interprétation erronée d'un événement réel, interprétation favorisée par la nuit et par la somnolence. L'état de la mémoire est variable comme chez les épileptiques.

Les analogies sont donc nombreuses, et notre première question, dans laquelle nous nous demandons

©BIUM

s'il y a une différence fondamentale entre les somnambules épileptiques et les somnambules de nature douteuse, trouve en conséquence une réponse négative.

Une seconde question se pose de la manière suivante : Quelles sont les analogies entre Berterini et les somnambules décrits plus haut? Il saute aux yeux qu'elles existent aussi bien avec les épileptiques qu'avec les non épileptiques. Leur existence nous fournit une nouvelle preuve de la proche parenté des deux groupes, pour ne pas dire de leur identité. Identité dont l'évidence est cachée par le voile des renseignements incomplets jeté sur la majorité de nos onze cas douteux.

L'examen et l'observation forcément incomplets, opérés sur Berterini dans la prison, ne fournissaient pas assez de faits pour établir le diagnostic d'épilepsie; l'expert était réduit à se contenter du diagnostic purement symptomatologique d'ivresse du sommeil; seulement, l'observation prolongée dans une maison de santé permettait de prendre tous les renseignements désirables, et de poser avec beaucoup de probabilité le diagnostic d'épilepsie.

N'est-il pas vraisemblable que plusieurs, sinon même tous nos cas de somnambules douteux, se révéleraient comme épileptiques, si on pouvait les observer et examiner à ce point de vue, avec l'attention voulue?

Bien des auteurs ont émis l'opinion que les états somnambuliques et crépusculaires relèvent de l'épilepsie. Je n'en citerai que quelques-uns.

Billod dit dans ses « Recherches sur la paralysie générale des aliénés » (*Annales médico-psychologiques*, 1850) : « Quels sont les rapports qui existent entre les attaques d'épilepsie et les accès de fureur? Ces accès de fureur, au lieu d'être consécutifs à l'accès d'épilepsie, ne seraient-ils pas une des formes multiples que peut revêtir l'atteinte du mal épileptique? En d'autres

©BIUM

termes, les accès d'épilepsie et de fureur ne seraient-ils pas deux formes d'accès du même mal, deux effets différents de la même cause, au lieu d'être unis entre eux par une relation de cause à effet? »

Dans son mémoire sur l'état mental des épileptiques (*Archives générales de médecine*, 1860), Falret s'exprime ainsi : « Quand on se place, au contraire, au point de vue que nous avons cherché à faire prévaloir, on n'envisage plus de la même façon les relations qui existent entre l'épilepsie et la folie. On admet l'existence d'une folie ou d'un délire épileptique, ayant des caractères spéciaux, et l'on croit qu'il est possible de remonter de la connaissance de ce délire à celle de l'affection convulsive elle-même. Dès lors, on ne considère plus le délire et la convulsion comme deux maladies distinctes, mais comme deux manifestations diverses d'un même état morbide, qui peuvent exister séparément ou simultanément, alterner ou se succéder à courts intervalles, mais qui ont au fond la même signification pathologique. »

Parlant des états hallucinatoires oniriques, des accès de vertige, etc., Griesinger (Ueber einige epileptoïde Zustände, *Archiv für Psychiatrie*, 1868) émet l'opinion que le domaine des états épileptoïdes, peu connus et partant souvent méconnus, doit être élargi d'une façon considérable, de sorte qu'il puisse contenir certains états morbides encore ignorés des médecins et négligés dans la plupart des travaux spéciaux.

La Société médico-psychologique de Paris a discuté, dans les années 1872 et 1873, la question de l'épilepsie larvée (*Annales médico-psychologiques*, 1873), et a donné l'occasion à ses membres les plus autorisés de se prononcer là-dessus.

Morel, qui a créé le terme d'épilepsie larvée, en donnait alors la description suivante : « Les états d'épi-

©BIUM

lepsie larvée sont accompagnés de symptômes particuliers, parmi lesquels se trouvent au début l'instabilité excessive du caractère, la mobilité ; plus tard, les transformations du délire, les actes instantanés, se reproduisent avec une véritable périodicité. On a le droit de soupçonner l'épilepsie quand on constate des transformations toujours les mêmes dans le délire ; qu'on y trouve les invincibles terreurs, la crainte de la mort, puis, plus tard, les tendances à l'homicide, au suicide, à l'incendie. »

Falret décrivait l'épilepsie larvée comme suit : « Ces états sont aujourd'hui bien connus ; l'invasion en est subite, la perte de la mémoire les suit toujours ; les actes sont instantanés, d'une violence exceptionnelle ; les hallucinations sont terrifiantes, et, à tous les accès, c'est toujours la même succession de phénomènes. L'attention une fois éveillée, la conviction devient plus solide, plus absolue ; on trouve souvent alors des actes d'épilepsie nocturne qui avaient été méconnus jusque-là, et le diagnostic peut être formulé avec certitude. »

Samt, dans son mémoire remarquable sur les Folies épileptiques (*Archiv für Psychiatrie*, 1874), dit : « C'est la forme de la folie qui en détermine la nature épileptique, et point la preuve d'antécédents épileptiques. Il existe une folie primaire épileptique sans antécédents épileptiques. Il y a des épileptiques, sujets à des accès de folie épileptique, sans avoir jamais eu auparavant de convulsions épileptiques ou des troubles de la conscience. »

Les symptômes caractéristiques de la folie épileptique sont les suivants : des idées angoissantes, une forte irritabilité, la propension aux actes violents, des délires anxieux avec idées de grandeur, de la stupeur, des lacunes de la mémoire d'une étendue variable.

Krafft-Ebing s'est occupé à plusieurs reprises des

©BIUM

états crépusculaires, et il est intéressant de poursuivre l'évolution de sa manière de juger ces états, évolution qui tend de plus en plus à l'épilepsie comme base présumée. En 1868, il a publié un livre, *Die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins*, dans lequel il distingue : 1° les états de rêve ; 2° l'ivresse du sommeil, somnolentia, et 3° le somnambulisme. N'ayant que l'analyse de ce livre sous la main (*Annales médico-psychologiques*, 1869), il m'est impossible de dire si l'auteur pense déjà alors à l'épilepsie.

Par contre, je trouve dans son traité sur la responsabilité criminelle et la capacité civile dans les états de trouble intellectuel, traduit en 1875 par le Dr Châtelain, les idées suivantes : Etats de rêve. A. Ivresse du sommeil, somnolentia, Schlaftrunkenheit : Etat intermédiaire entre le sommeil et la veille. (Il n'est pas question d'épilepsie.) B. Le somnambulisme : A côté de l'abolition complète de la conscience, une activité cérébrale spontanée produit, comme dans le rêve, des images sensorielles et des conceptions ; mais tandis que dans le rêve leur transformation en mouvement-action est empêchée, elle est ici tout à fait libre. Le somnambulisme est probablement épiphénomène d'autres névroses, telles que l'épilepsie, l'hystérie, le status nervosus.

Dans la même année, Krafft-Ebing publiait dans le trente-troisième volume de l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, sous le titre : « Ueber Dämmer und Traumzustände », trois cas d'épilepsie certaine, combinée avec des états crépusculaires.

En 1877, le même auteur épiloguait dans les *Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin* sur le cas de Holzapfel (notre deuxième cas des épilepsies avérées). Il disait : « Je n'hésite pas à déclarer Holzapfel épileptique, même si jamais dans sa vie on n'avait observé des

©BIUM

symptômes convulsifs ou vertigineux de cette maladie. Le diagnostic de l'épilepsie comme base de ces états ne se laisse établir que par la synthèse de tous les faits pathologiques de la vie. »

Dans le chapitre des états pathologiques du sommeil et du rêve (*Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie*, 1892), Krafft-Ebing parle tout d'abord de l'ivresse du sommeil dans ces termes : « Les cas de frayeur nocturne sont toujours suspects d'épilepsie. Je ne veux pas m'associer entièrement à Trousseau et à Echeverria, qui considéraient chaque accès d'une confusion transitoire aiguë pendant le sommeil comme preuve d'épilepsie. Mais il faut toujours songer à cette maladie quand l'ivresse du sommeil est la suite d'une frayeur causée par un rêve angoissant, phénomène si fréquent chez les épileptiques, et quand elle présente les caractères suivants : durée prolongée, actes combinés qui paraissent être réfléchis, délires angoissants, impossibilité du réveil par des irritations sensorielles. Ces états finissent par une confusion profonde, la stupeur ou le sommeil avec amnésie complète. »

L'auteur cite ici plusieurs cas qui figurent dans notre série des épilepsies douteuses (quatrième, huitième, neuvième et dixième cas). Le deuxième cas, celui du religieux, est cité sous la rubrique de somnambulisme, que l'auteur considère comme symptôme soit de l'épilepsie, soit de l'hystérie.

Dans la cinquième édition de son *Traité clinique de psychiatrie*, traduit par Laurent en 1897, Krafft-Ebing a consacré un chapitre aux troubles de la conscience, qu'il distingue en états crépusculaires, états de rêverie à l'état de veille, stupeur et extase. Les états crépusculaires se rencontrent chez les épileptiques entre les accès et à la suite de ces derniers, mais aussi comme un obscurcissement temporaire de la conscience sans la moin-

©BIUM

dre connexité avec les accès ; puis, au cours de l'alcoolisme chronique, etc. Dans les états de rêverie, il faut tenir compte, à part d'autres états, des troubles épileptoïdes de la conscience et du somnambulisme.

Dans le chapitre de la folie épileptique, Krafft-Ebing parle des troubles psychiques transitoires qu'il désigne, soit comme stupeur, soit comme état crépusculaire.

Féré donne dans son livre sur *Les épilepsies et les épileptiques* (1890), comme caractéristique pour les impulsions des épileptiques, les symptômes suivants : période d'inquiétude, pendant laquelle les malades sont irritables, soupçonneux, intolérants ; angoisse mentale, douleur psychique ; souvent auras sensitives ou sensorielles, douleur précordiale, sensation visuelle colorée, bruits dans les oreilles, sensation gustative ; congestion céphalique avec battement dans les tempes. Après la décharge : dépression, quelquefois avec sommeil stertoreux, état d'exhaustation.

Siemerling (Ueber die transitorischen Bewusstseinstörungen der Epileptiker in forensischer Beziehung, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1895) trouve que le point essentiel des psychoses épileptiques consiste dans l'état de conscience transformé en rêve. Il est typique pour certaines psychoses épileptiques, qu'on trouve simultanément avec des actes ordonnés et point du tout extraordinaires, des exploits étranges et inattendus, qui portent souvent le caractère de la violence. Mais Siemerling n'admet pas une psychose épileptique sans antécédents épileptiques ou au moins épileptoïdes.

Aussi Kirn (Die epileptischen Geisteszustände mit Bezug auf die Strafrechtspflege, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1896) demande la constatation d'accès épileptiques antérieurs pour établir le diagnostic de l'épilepsie larvée, à côté de la dégénérescence intellectuelle typique pour l'épilepsie, et la ressemblance des

©BIUM

accès douteux de ceux observés chez les épileptiques avérés.

Wildermuth, qui traite le même sujet (*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1896), est d'avis qu'on peut poser le diagnostic d'épilepsie d'après la forme de l'aliénation. Elle doit présenter selon lui les symptômes suivants : début brusque, souvent après des prodromes d'ordre nerveux ; état crépusculaire d'une intensité variable ; des hallucinations grotesques ; des délires religieux mystiques ; des actes insensés ou brutaux, souvent à côté d'une conduite irréprochable ; de graves angoisses ; la mémoire défectueuse ou absente. L'existence de la dégénérescence épileptique peut appuyer le diagnostic de la psychose épileptique aiguë.

Les symptômes mentionnés par la plupart des auteurs cités sont donc les suivants : la dégénérescence épileptique avec l'instabilité, la mobilité du caractère, les tendances à l'irritabilité et à l'intolérance. Ensuite les angoisses, soit sous forme de rêve, soit sous forme d'hallucinations terrifiantes, qui déterminent des actes souvent d'une violence extrême, tout en se trouvant combinés avec des actes qui paraissent réfléchis et sensés. Les lacunes de la mémoire sont selon les uns totales, selon d'autres seulement partielles. Mais tandis que quelques auteurs réclament des antécédents épileptiques avérés, pour pouvoir établir le diagnostic d'épilepsie larvée, d'autres ne les exigent pas du tout, trouvant dans les caractères de l'état crépusculaire suffisamment de preuves pour diagnostiquer l'épilepsie.

Le cas de Berterini répond pleinement à ces conditions, et, quant à nos onze cas douteux, je tiens à répéter qu'ils rempliraient probablement tous les conditions émises par les auteurs, s'ils avaient été examinés soigneusement à ce point de vue.

©BIUM

Établissements d'aliénés.

LE REGISTRE D'OBSERVATIONS

Par le Dr P. HOSPITAL

Nulla dies sine calamo.

Règlement des asiles publics : service intérieur; 8e section; service médical; article 64; arrêté du 20 mars 1857. Règlement intérieur ministériel de l'Etablissement Sainte-Marie, sis à Clermont-Ferrand, privé, faisant fonction de départemental; article 28 : « Le médecin en chef rédige ou fait rédiger et tenir au courant par le médecin-adjoint des observations individuelles comprenant pour chaque aliéné l'indication des noms, prénoms, sexe et âge, du lieu de naissance et de domicile, de la profession, du jour de l'entrée, de la sortie ou du décès, l'abrégé historique de la maladie, l'indication de ses causes, le mode de sa terminaison, l'exposé sommaire du traitement, ainsi que les résultats de l'autopsie, en cas de décès. La rédaction des « observations » courantes est également confiée au médecin-adjoint. Le médecin en chef lui remet à cet effet les notes prises à la visite de chaque jour. Les observations terminées par la sortie ou par la mort sont réunies et reliées en volume à la fin de chaque année et déposées aux archives. »

Ce « registre », qui peut se composer à la longue d'un

©BIUM

nombre considérable de volumes, est différent de « celui » de présence. Il est en effet exclusivement réservé à l'élément scientifique, en consignant toutes les particularités relatives aux maladies mentales personnelles ; il peut ainsi recéler dans ses feuillets toute l'histoire d'un malade depuis son atavisme jusqu'à la terminaison. Cette obligation imposée par le règlement au psychiatre, de recueillir ainsi le plus possible d'observations, a l'heureux résultat d'exercer sa mémoire en la servant, de lui procurer un livre d'un genre spécial et en quelque sorte personnel, puisqu'il y aura mis beaucoup du sien, enfin, de lui être parfois d'un grand secours dans quantité de conjonctures subséquentes. Il est évident que celui d'entre nous qui est à la tête d'un effectif très nombreux, ne saurait en prendre minutieusement toutes les observations, le temps matériel lui manquerait ; il devra donc surtout s'attacher à celles qui offrent le plus d'intérêt scientifique, se bornant pour les autres à noter les points principaux ; il sera aidé dans ce travail par les renseignements fournis par son entourage, les documents qu'il aura pu se procurer par ailleurs, ceux du registre de présence et ceux du Parquet ou de la Police en cas de médecine légale.

Le « registre » est la propriété absolue de l'établissement qui, d'ailleurs, le fournit. Le médecin peut bien l'emporter dans son cabinet pour le consulter ou continuer d'y écrire, mais aux conditions expresses d'être tenu à l'abri des indiscrétions en cas d'absence, et d'être rapporté au bureau de l'établissement où il est mis sous clef, aussitôt qu'il cesse de s'en servir. Les pages en doivent être numérotées à l'avance, et il ne doit être exhibé que sur la demande de l'Inspecteur général ou du Procureur de la République ; les membres de la Commission de surveillance n'ont rien à y voir.

J'ai pu examiner de ces registres-manuscrits dans les

©BIUM

asiles que j'ai autrefois visités ; les uns étaient de vrais livres reliés, d'autres consistaient en feuilles séparées réunies par groupes spéciaux dans des cartons. D'autres praticiens ajoutent un résumé d'observations sur le registre de présences et de notes mensuelles lui-même ; ce mode de procéder ne saurait dispenser de l'usage du registre d'observations « à part » pour plusieurs inconvénients tels que : exposer à l'indiscrétion, ces registres de présences étant moins secrets en quelque sorte et moins sibyllins que ceux d'observations ; éparpiller celles-ci et en rendre la recherche difficile ; être à court de papier, et forcé de restreindre la rédaction : tout ce qu'on peut se permettre dans les livres de présence, c'est à la « terminaison » de remplir de quelques notes le petit espace blanc réservé sur la feuille de présence à la terminaison sortie, évasion, transfèrement, guérison, mort. Certains aliénistes très bûcheurs prennent des notes, de par devers eux, en vue de monographies, dont l'inscription sur le registre d'observations n'est pas absolument nécessaire : telles sont, entre autres exemples, les notes et fiches résultant de travaux histologiques et scientifiques ; les annotations et exégèse qui accompagnent une observation ou un groupe d'observations, représentent la manière de voir du rédacteur et sont par conséquent sa propriété particulière ; toutes ces notes sont pour lui et non pour le registre d'observations, qui, ainsi que le spécifie l'article 64, doit s'en tenir au simple récit complété à la fin de quelques réflexions. Voici comment j'ai procédé : notes prises sur des feuilles volantes tenues en ordre, puis à la terminaison, rédaction de l'observation, et sa transcription définitive sur le registre : laisser une large marge et un peu d'espace blanc à la fin, de manière à pouvoir toujours ajouter quelque chose, s'il y a lieu, ce qui m'est du reste arrivé fréquemment. Chaque « observation » doit être numé-

©BIUM

rotée et pourvue d'un titre explicatif ; le volume fini doit être pourvu d'une table ; rien n'est plus facile alors que de retrouver quelque observation ancienne, ou un groupe de similaires en vue d'un travail scientifique.

C'est en procédant ainsi, pendant quarante ans, que je suis parvenu à écrire de ma main six registres de six dimensions différentes, mais dont trois presque aussi importants que les livres de commerce, et d'une écriture très serrée ; mes six volumes représentent = 1.995 pages, d'où on peut défalquer les fragments imprimés additionnés, l'iconographie, il n'en reste pas moins = 1.900 pages ; à 40 lignes en moyenne par page, soit = 76.000 lignes, à 15 mots par ligne, soit = 1.040.000 mots ! Ajouter d'autre part le « manuscrit » des notes, registres, mensuels, semestriels, rapports extraordinaires et de fin d'année, correspondance, travaux de cabinet, ordonnances, rapports juridiques, nous doublons facilement !

En l'an 1900, les *Annales médico-psychologiques* voulurent bien m'ouvrir une fois de plus leurs colonnes pour y intercaler un gros travail de statistique générale portant sur tous les malades qui avaient paru à l'asile d'aliénés de Sainte-Marie depuis 1836, époque de son ouverture ; ces recherches furent assez difficiles, par suite du manque aux débuts de registres d'inscriptions autres que des traces de documents manuscrits, et aussi en raison de l'origine administrative et ethnique des malades, lesquels venaient de plusieurs départements, quelques-uns en dépôt provisoire, aboutissant à beaucoup plus de femmes que d'hommes, manquant de renseignements nosologiques, composés de pensionnaires et de placements d'office. Les résultats, bien qu'ayant une sensible approximation de la vérité, ne pouvaient en tout cas être complets, malgré tout le scrupule apporté au dépouillement ; pour ne pas allonger ce travail

CBIUM

démesurément, j'avais dû m'en tenir à l'âge, au sexe, l'état civil restreint au célibat, mariage, veuvage, laissant de côté l'illégitimité et le divorce, la nature de la maladie et ses terminaisons, me réservant de reprendre plus tard la question générique, au multiple point de vue des desiderata mentionnés plus haut en y ajoutant l'ethnie, les professions, les milieux, les impressions sociales, l'atavisme, les accidents, le traumatisme, les événements, les empoisonnements et nocivités, l'enfance, l'alcoolisme, les situations sociales antérieures, les distinctions honorifiques, les travaux intellectuels, les habitations, l'orientation, les localités et contaminations, etc., etc.; mais la vie entière d'un homme ne suffirait pas à un aussi colossal dépouillement, à supposer même qu'il eût tous ces documents à sa disposition, ce qui n'était pas mon cas; les « offices » n'offrent que peu ou point d'historique et ils ont été pour moi de beaucoup les plus nombreux; quant au petit noyau de pensionnaires des deux sexes, ils ont appartenu à cette classe moyenne de la société cantonnée entre la petite bourgeoisie et les artisans, là où les chocs violents des tourbillons du monde semblent le plus atténués. D'autre part, des travaux pressés avaient dû accaparer mon attention; puis les années venaient de marquer pour moi l'heure de la retraite; je perdis de vue momentanément ce complément d'instruction mentale, aujourd'hui je ne me sens plus la force... ni le temps de l'entreprendre : mes successeurs le feront peut-être.

Toutefois, pour ne pas laisser le travail primitif trop inachevé, je me décide à le continuer, mais en le bornant à un groupe important composé de mes « observations » les plus intéressantes, puisées dans le « registre d'observations ». Je commence par établir un fait, ou plutôt un déblaiement, dans cette énorme accumulation de documents.

©BIUM

Je les divise, en effet, en trois catégories : 1° aliénation mentale : recueil d'observations médicales, exclusivement selon les prescriptions de l'article 64 du règlement ; 2° médecine légale : recueil d'études et rapports juridiques, ayant d'intimes connexions avec la psychiatrie, beaucoup de ces travaux ayant abouti à l'internement d'office ; 3° varia et miscellanées, comprenant une énorme quantité de faits afférents de près ou de loin à tout ce qui intéresse la folie, ses asiles, ses traitements, tels que : lois, discussions, ordonnances, règlements, circulaires, arrêtés, rapports annuels, extraordinaires, consultations pour d'autres asiles, innovations et fondations, perfectionnements, prospectus variés, statistiques, personnels, énumération des asiles et maisons de santé, formules pharmaceutiques, aphorismes, citations de passages d'ouvrages, morceaux imprimés sortis de la publicité, adjudications comparatives et mercuriales, question des eaux pures et minérales, hydrothérapie, hygiène, matériaux pour constructions, cultures, ateliers, inventions, éclairage, tableaux sypnotiques, observations spéciales de tératologie et de lésions pathologiques particulièrement cérébrales chez des animaux domestiques, mouvement annuel, sciences accessoires, desiderata intéressant l'aliénation : photographies, les unes collectives, d'autres personnelles, avec précautions d'anonymat et de secret professionnel, lithographies coloriées et noires reproduisant les principaux types de folie et de dégénérescence, échantillons de dessins, peintures, musique, poésie, chansons, autographes d'aliénés ; je n'ai intercalé dans les volumes que les spécimens les plus curieux ; les autres, en énorme quantité, ont été rejoindre un petit musée de bibelots dus à l'habileté de malades, que j'organisai, il y a quelques années, dans l'établissement même ; à cette même époque, la « bibliothèque », très fournie, était aussi installée dans de

confortables conditions ; enfin, les autopsies, préparations, examens microscopiques, certaines analyses, etc.

De ces trois catégories, je ne m'occuperai que de la première ; les deux autres ont déjà été traitées magistralement nombre de fois dans les *Annales* par nos collègues, travaux auxquels, dans la même revue, j'ai joint en plusieurs fois mon modeste contingent.

C'est en 1865 que, faisant un peu de clientèle et m'occupant particulièrement de médecine légale, comme médecin expert-légiste assermenté, je décidai de me consacrer désormais à l'étude de l'aliénation mentale ; sur les conseils de mon vénérable père, médecin en chef de l'asile, et alors très fatigué par trente-six ans de pratique médicale, l'invitation de l'administration de Sainte-Marie et l'autorisation des Pouvoirs publics, je me mis immédiatement à l'ouvrage, d'une part en utilisant les quelques notions que j'avais déjà acquises au cours de Lasègue et aux visites médicales des asiles parisiens, ainsi qu'en m'en référant à la grande expérience de mon père ; de l'autre, en piochant ferme toute la partie légale, administrative et nosocomiale ; peu à peu, comme adjoint bénévole, je succédai à mon père, de plus en plus fatigué, et quand j'eus le grand malheur de le perdre, je me trouvai en état, ou à peu près, de lui succéder. De ce jour, je faisais partie intégrante de l'établissement de Sainte-Marie-de-l'Assomption, et je ne devais le quitter qu'en 1903, l'âge et la fatigue me faisant une obligation de me reposer. D'ailleurs, il est bon qu'entre une existence active et la mort on ait un laps de temps consacré au repos, au recueillement et à la rétrospection ; comme le voyageur qui a gravi une montagne aime à se retourner pour contempler avec une certaine satisfaction les sentiers ardus qu'il vient de parcourir, de même nous aimons à reporter nos souvenirs vers les stades de notre existence, dont les

©BIUM

uns évoquent en nous des sentiments agréables, dont les autres, plus nombreux, nous arrachent des larmes; et, sous l'influence de ceux-ci, nos regards quittent l'horizon terrestre pour se diriger vers ce zénith, que Pascal appelait « l'au-delà », qu'aucune conscience tranquille ne doit appréhender.

Parmi les pièces médicales et administratives avec lesquelles je devais me familiariser, on me présenta un énorme in-folio relié et renforcé de cuivre; son poids était lourd, son maniement difficile, surtout pour le griffonner, et ses pages en nombre effrayant; on me dit que c'était le premier volume du « registre d'observations ». Comme il était d'une blancheur presque absolue, et que je demandais quelques explications, on me répondit en m'apportant une liasse de paperasses, dans lesquelles il y avait un peu de tout : copies de rapports, tableaux de statistiques, observations médicales nombreuses, lettres administratives, ébauches d'articles, éléments de monographies, etc.; on me dit que le Dr Hospital avait remis ce stock au bureau pour le faire transcrire sur le « registre d'observations », mais que sa maladie avait fait différer cette transcription dont il devait surveiller l'exactitude et les progrès. Un peu plus tard, mon père me donna une seconde liasse tirée de ses papiers, aussi composite que la première, mais plus riche en documents juridiques. Je mis en ordre tous ces papiers, presque entièrement écrits de la main paternelle, et je les transcrivis sur l'in-folio; je pus même, pour quelques-unes de ces observations, y ajouter du mien, certains malades ayant reparu. Ce long mais intéressant et instructif travail fait, je pus dès lors voler de mes propres ailes, entasser observations, citations et documents, et continuer ainsi, presque sans interruption, jusqu'en août 1903, époque de ma retraite; j'ai donc noirci mes six volumes, tout en gardant de par

devers moi les notes qui m'ont servi à la rédaction de mes articles, et en y respectant toujours le plus inviolable incognito.

Mes six volumes « illustrés » forment donc un recueil que j'intitulerais volontiers : « Petite encyclopédie de médecine mentale », si je ne pensais que ce titre, d'apparence modeste, ne soit encore trop prétentieux; laissons-lui donc son vocable légal. En en parcourant les « tables », j'y constate, *grosso modo*, la transcription d'environ 1.225 faits ressortissant plus ou moins, et à divers titres, à la folie; l'importance de ces « textes » varie depuis quelques lignes jusqu'à quinze à vingt grandes pages de cinquante lignes, d'une écriture très serrée. J'y compte un grand nombre de rapports juridiques, quelques-uns afférents à la médecine somatique, les autres à la psychiatrie; parmi ceux-ci, un certain nombre ont abouti à une ordonnance de non-lieu avec internement; pour ces derniers, leur transcription les a convertis en véritables observations médicales, et non des moins intéressantes, car alors les recherches ataviques et étiologiques, ainsi que l'étude des « gestes », ont pu être poussées beaucoup plus loin que dans la plupart des cas ordinaires; en outre, leur internement subséquent permet de les suivre et de continuer de les étudier au lieu de les perdre de vue; nous compterons donc quelques-uns de ces malades. Je n'ai pas à parler des rapports administratifs et des rapports annuels transcrits par le bureau dans un recueil à part, ni des « états semestriels ».

Nous relevons 224 autopsies. Plusieurs ont surtout un intérêt somatique; nous nous bornerons à mentionner celles qui ont rapport aux lésions nerveuses, et encore ne ferons-nous que les indiquer pour ne pas trop allonger ce travail; de plus, je bornerai cette étude à 250 malades, dont les observations ont été prises un peu par-

©BIUM

tout dans les six « registres », depuis 1836 jusqu'à nos jours.

Ce groupe, sélectionné et bien étudié, fournira des documents assez probants pour pouvoir être appliqués à un plus grand nombre. On remarquera que les femmes y sont plus nombreuses que les hommes, ce qui tient non à une statistique médicale, mais au mode d'hospitalisation spécial de l'asile Sainte-Marie. Donc : 112 hommes, 138 femmes, se décomposant en : 47 filles, 73 mariées, 18 veuves ; tous ont séjourné à l'asile, chacun pendant un laps de temps qui varie de quelques jours à quarante et un ans, et qui se répartissent ainsi : 1 mois : 31 H — 3 F ; de 1 à 3 mois : 35 H — 3 F ; de 3 à 6 mois : 8 H — 16 F ; de 6 mois à 1 an : 6 H — 7 F ; de 1 an à 5 ans 11 H — 53 F ; de 5 ans à 10 ans : 7 H — 10 F ; de 10 ans à 20 ans : 3 H — 11 F ; de 20 ans à 30 ans : 3 H — 7 F ; de 30 à 41 ans : 1 H — 2 F ; = H 105 + 7 encore présents = 112. = F 128 + 10 encore présentes = 138. Total = 250.

Comme professions, états, métiers, situation financière et sociale, nous relevons :

Hommes : 6 employés ; 37 cultivateurs ; 9 prêtres et conventuels ; 3 horticulteurs ; 11 ouvriers de ville ; 4 hommes de loi et d'affaires ; 6 militaires ; 6 rentiers ; 3 artistes ; 2 entrepreneurs ; 5 professions libérales ; 6 commerçants ; 3 artisans ; 1 écolier ; 5 domestiques ; 4 vagabonds ; 3 sans occupation.

Femmes : 13 ménagères ; 10 rentières ; 32 ouvrières diverses ; 2 institutrices ; 5 marchandes ; 53 paysannes ; 11 domestiques ; 6 sans occupation ; 4 vagabondes. Notons qu'ici l'étiquette « sans occupation » s'applique à l'impotence, vieillesse, décadence générale ; de même pour le « vagabondage », qui s'applique ici à l'automatisme ambulatoire, aux évadés, aux égarés, migrateurs, etc.

Considérés au point de vue de la nosologie, voyons d'abord la répartition selon les âges :

Hommes : de 12 à 20 ans = 3 ; de 20 à 30 ans = 25 ; de 30 à 40 = 37 ; de 40 à 50 = 22 ; de 50 à 60 = 14 ; de 60 à 70 = 7 ; de 70 à 80 = 3 ; de 80 à 90 = 0 ;

Femmes : de 12 à 20 ans = 5 ; de 20 à 30 = 14 ; de 30 à 40 = 31 ; de 40 à 50 = 31 ; de 50 à 60 = 33 ; de 60 à 70 = 16 : de 70 à 80 = 5 ; de 80 à 90 = 3.

Voyons la répartition nosologique, d'après les espèces et variétés de maladies.

Maladies.	Hommes.	Femmes.
Démences et paralysies	16	36
Manies aiguës	8	3
Délires aigus	7	3
Monomanies de toutes formes	54	27
Délire général chronique	4	9
Folies dépressives	6	12
Folies intermittentes diverses	8	3
Folies post-opératoires et post-puerpérales	0	3
Idiots, crétins, imbéciles, dégénérés	10	24
Épilepsie plus ou moins compliquée	3	11
Nervosités, somnambulisme, catalepsie, narcolepsie	3	6
Folie douteuse, simulation	1	3

La genèse de ces états morbides est multiple ; mais les renseignements à cet égard sont malheureusement incomplets et souvent erronés. Les « offices » nous arrivent sans documents, du moins explicites. Les « volontaires » ne sont guère mieux partagés, les familles étant peu disposées à en fournir. Essayons donc de suppléer à cette pénurie documentaire, en nous servant du peu que nous avons à notre disposition : laissons d'abord les « causes morales » très nombreuses que parfois on peut soupçonner ; les « avaries » encore entourées de la plus grande obscurité, et de même pour les « excès » en général, et la nature de leurs « traite-

©BIUM

ments »; arrivons à l'alcoolisme! Nous trouvons comme renseignements certains : 14 hommes, 3 femmes? chiffres évidemment fort au-dessous de la probabilité. A la la suite de la laparotomie : 2 femmes de trente-cinq ans, tombées dans « l'anxiété délirante hallucinée », avec tendance au suicide par découragement, 18 mois après l'opération, guéries en 6 à 7 mois; folies puerpérales, en général guérissables; traumatisme capital : 2 cas, 2 guérisons en 2 mois; fulguration naturelle : 1 cas, guérison.

L'atavisme! voilà le grand « facteur »; mais il échappe trop souvent, l'entourage ne tenant pas à le révéler, ou prenant certains faits pour quantité négligeable; voilà ce que je découvre dans mes notes : 11 hommes, 3 femmes; ces proportions sont trop minimes pour être considérées comme l'expression de la vérité, surtout quand on songe à la fréquence assez grande de malades liés par la consanguinité, dont on constate l'internement, constatation plus facile à effectuer dans les asiles de province. Ajoutons qu'un certain nombre de nos 250 aliénés ont été internés à plusieurs reprises.

Nous avons maintenant à nous occuper des « sorties »? Nous avons vu comment et pourquoi nos malades entrent dans les Etablissements, voyons donc comment ils en sortent : éliminons d'abord ceux qui y sont encore en traitement, soit : 5 hommes, 15 femmes; les évadés : 4 hommes, 2 femmes; les transférés : 17 hommes, 1 femme; nous arrivons aux guéris : 15 hommes, 10 femmes; les améliorés : 5 hommes, 8 femmes; les 3 cas douteux, qui ont été restitués à leur entourage, après 1 mois d'observation, et prise de garanties; nous arrivons aux décès : 64 hommes, 100 femmes.

Autopsies : 27 hommes, 77 femmes, total = 104.

©BIUM

Les maladies qui ont entraîné ces décès peuvent se diviser en 3 catégories :

1° Suicides : 5 hommes, 2 femmes ; plus 2 morts, l'un par accident, l'autre par homicide ; plus : 4 hommes, dont 1 par traumatisme hors de l'asile, 1 par accident, 1 par hernie étranglée ; 2 femmes, l'une par traumatisme extérieur, 1 par traumatisme intérieur, ainsi qu'un homme. Morts subites et rapides : 7 hommes, 22 femmes.

Laissons de côté accidents, traumatismes et drames, et arrivons au territoire des maladies ; nous les diviserons en deux catégories : 1° celles qui sont affranchies de l'état mental, lui sont étrangères ou du moins n'ont avec celui-ci que d'indirectes connexions ; 2° celles qui sont afférentes à l'état mental lui-même.

Dans la première catégorie, nous trouvons :

	Hommes.	Femmes.
Poumons	6	5
Cœur et circulation	1	8
Appareil gastro-intestinal	5	2
Albuminurie	1	0
Urémie	1	0
Diabète	1	0
Néphrite	0	1
Foie	2	3
Gangrène	0	2
Phlegmon large	0	3
Phtisie et cachexies	2	9
Fièvre typhoïde	2	2

Dans la seconde catégorie, nous trouvons :

	Hommes.	Femmes.
Appareil cérébro-spinal	26	37
Délires aigus	7	3
Morts subites	3	5
Epilepsie	3	9
Démences variées	7	11

Les autopsies ont révélé les altérations pathologi-

©BIUM

ques des maladies mentionnées plus haut ; je ne m'y arrêterai pas, sauf pour ce qui regarde « l'encéphale », non seulement parce qu'il est en quelque sorte l'organe principal, en matière de vésanie, et en raison de ses lésions pathologiques spéciales, mais encore parce qu'en effet notre relevé nous démontre la très grande fréquence de ses altérations morbides, bien plus nombreuses que celles des autres organes.

Voici, très succinctement énumérées, les modifications, altérations, lésions, les unes initiales, les autres survenues, soit récentes, soit plus ou moins anciennes, constatées par l'examen nécropsique :

Crânes asymétriques, prédominance des plagiocéphales ; voûtes parfois d'une épaisseur et dureté extraordinaire avec disparition partielle des sutures, même chez des sujets d'âge moyen ; beaucoup plus fréquemment, disparition par places du diploë et rapprochement des deux tables, jusqu'à translucidité ; dépressions et bosselures particulièrement à la partie postérieure des bosses pariétales, malformation de la voûte palatine et des arcades dentaires. Méninges fortement altérées, dure-mère adhérente à la voûte, épaissie, opaque, jaunâtre ; arachnoïde perdue dans une gelée gris clair, souvent assez épaisse ; pie-mère arborisée et décollée. Cerveau fréquemment ramolli s'affaissant sur la table, couche corticale décolorée, pulpe blanche piquée de rouge ; corps calleux se déchirant au moindre effort ; hydropisie des ventricules et du canal médullaire ; ratatinement de la moelle ; dans l'intérieur du cerveau, selon les cas : foyers sanguins récents avec purée cérébrale périphérique, ou anciens avec leur aspect spécial ; tumeur encéphaloïde, noyau tuberculeux, kystes hydatides, acéphalocystes, multiples petits kystes à échinocoques ; le cervelet et le bulbe nous ont paru moins souvent altérés et avec moins d'évidence. Les parties nerveuses qui ont

©BIUM

été préparées et soumises au microscope, ont présenté dans plusieurs cas quelques-unes des altérations histologiques connues. Ces modifications profondes, ces désordres considérables, ces hétéromorphies effrayantes ont toujours coïncidé avec les épilepsies symptomatiques, les démences, les paralysies.

Passons enfin à un sujet moins décourageant, aux guérisons et améliorations. Nous constatons : 15 hommes guéris, 7 améliorés ; 11 femmes guéries, 6 améliorées ; total : 39 ayant pu sortir de l'établissement ; nous avons perdu de vue les évadés et les transférés, quelques-uns seulement ont reparu comme rechutés. Quant à ceux encore présents à l'asile, ce sont des chroniques qui n'offrent que bien peu d'espoir d'amélioration.

De tout ce qui précède, quelles déductions tirerons-nous ? Essayons du moins de les formuler :

1° Le nombre des guérisons et améliorations, soit 39, est bien minime, en regard de 250 malades traités ;

2° Ces guérisons et améliorations, dont quelques-unes ont été suivies de rechutes, se sont réalisées à peu d'exceptions près dans les premiers mois des maladies, c'est-à-dire dans les cas d'affections aiguës ;

3° Elles se sont tout particulièrement manifestées dans les cas de folies dites essentielles, provoquées ou sympathiques ; notre thérapeutique a échoué dans ceux où l'état mental, relégué au second plan, n'était plus qu'un épiphénomène extérieur d'un état cérébral dû à des altérations polymorphes et matérielles du tissu nerveux, soupçonnées et parfois évidentes pendant la vie, et prouvées après la mort par le scalpel et le microscope.

Que faire à cela ? Devons-nous nous décourager ? J'estime que non ; ce que nous ignorons aujourd'hui, nous pouvons le découvrir demain ; les merveilles récentes de

©BIUM

la médecine et de la chirurgie sont bien faites pour nous encourager, et nous porter au « Sursum corda »!

Depuis quatre années que j'ai quitté le service de l'établissement de Sainte-Marie-de-l'Assomption pour prendre enfin du repos, je n'ai pas cessé néanmoins de m'intéresser aux choses de la psychiatrie ; et j'ai constaté le sensible progrès réalisé dans tout ce qui touche à la science de l'aliénation mentale, au point que si je reprenais mon service je ne serais plus que dans les retardataires. Ainsi, au point de vue bibliographique et iconographique, le progrès est énorme ; on est émerveillé des « publications » actuelles, et des nouveautés ingénieuses qui y ont été introduites, lesquelles établissent à quel degré d'observation ont été poussées les études faites sur les moindres manifestation de la folie. Voilà pour le « livre » ; quant à la science elle-même, débarrassée d'une gangue qui gênait son expansion, puissamment aidée dans son évolution par les découvertes récentes dans les sciences naturelles et physico-chimiques, par certains résultats dus à la psychologie expérimentale, par quelques notions tirées des sciences dites « occultes », elle a vu ses horizons s'agrandir, et s'enrichir ses moyens thérapeutiques.

La psychiatrie a maintenant pris son essor ; elle doit un jour éclairer le monde, grâce aux multiples travaux d'hommes qui, sans souci de la fortune, des honneurs et du danger, consacrent leur existence à soulager l'humanité souffrante, et à défricher ce territoire encore si mystérieux de la folie, d'autant plus important à connaître qu'il touche aux plus graves questions sociales, et qu'il a besoin du secours de presque toutes les branches de l'entendement humain.

Le remaniement récent de la loi de 1838 va donner à la psychiatrie une solidité et une impulsion qui, en l'affranchissant d'impedimenta et en donnant satis-

©BIUM

faction aux desiderata, lui permettront de poursuivre sa voie vers le progrès.

Mais que l'aliéniste pendant sa carrière n'oublie ni ne néglige ce modeste et actif collaborateur qui lui aura été si utile, et qui a nom « le Registre des observations ».

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Archivio di psichiatria, neuropatologia, antropologia criminale e medicina legale.

Année 1904

I. — *Comme quoi l'anthropologie criminelle peut révéler la culpabilité ou l'innocence d'un homme même à l'état de squelette*; par le Dr Zaleski (numéro de janvier). — L'auteur, adepte fervent des théories lombrosiennes, a trouvé dans le musée anatomique de l'Université de Kazan, où il est professeur, les squelettes de deux hommes exécutés en 1849, pour vol et assassinat, Bykow et Ciajkin. Il a relevé chez l'un et chez l'autre les principales coordonnées anthropométriques et il conclut de cet examen du squelette que Bykow présentait le type criminel et que Ciajkin ne l'avait pas : il compulsa alors au greffe criminel le dossier de ces deux individus. Bykow était un paresseux, joueur et débauché, ayant exercé diverses professions sans se tenir à aucune, avait subi à partir de l'âge de trente-trois ans une série de condamnations pour divers vols assez audacieux, et se vanta même à l'audience d'avoir séduit une de ses nièces, ce qui était faux. Condamné à la déportation en Sibérie, il s'échappa, vagabonda dans différentes régions de la Russie, seul ou avec des compagnons de hasard : il tua un cosaque pour s'emparer d'une faible somme d'argent; il voyageait à cette époque avec un Russe disant se nommer Ciajkin et un tsigane. Ciajkin fut arrêté le premier dans une auberge, ses compagnons réussirent à s'enfuir. Cinq semaines après, Bykow et un nommé Iwanoff dévalisèrent un pâtre et un paysan; quelques mois plus tard, un aubergiste chez lequel ils étaient descendus et qui se rendait à la ville voisine avec 300 roubles. En plein jour, ils volèrent après l'avoir lié à un arbre dans un lieu très fréquenté un agent de police. Près de Moscou, ils tuèrent un paysan pour lui dérober un cheval de 120 roubles et

©BIUM

ses vêtements. Enfin Iwanoff abandonna Bykow, qui peu après fut arrêté et incarcéré dans la même prison que Ciajkin. Ils s'en échappèrent grâce à la complicité d'un gardien. Bykow reprit tout de suite la série de ses exploits dont il est inutile de rapporter ici la liste en détail. Ciajkin fut arrêté de nouveau à Kazan le 13 septembre. Bykow avait été repris le 8 septembre à la suite d'un assassinat. Devant la cour militaire, Bykow eut une attitude cynique, se vantant de ses forfaits et chargeant Ciajkin tant qu'il pouvait; mais aucun des témoins ne déposa contre ce dernier; le tribunal les condamna tous deux à la fustigation : Bykow à 11.000 coups et Ciajkin à 10.000; ils en moururent tous deux. Ciajkin était probablement un innocent; on ne connaît même pas sa véritable identité, il semble avoir été un soldat de la garde impériale, déserteur d'un des bataillons sibériens où il avait été envoyé à la suite d'affaires politiques.

II. — *La délinquence chez les aliénés sardes*; par le Dr Sanna Salaris (numéro de janvier). — L'auteur a rencontré 62 sujets de cette catégorie, soit 55 hommes et 7 femmes, dont 37 avaient commis des attentats contre les personnes (60 p. 100); 21 contre les propriétés (34,7 p. 100); 1 contre le domaine public; 2 contre la liberté individuelle; 1 avait simulé un vol. Le nombre des délinquants par rapport aux aliénés vulgaires est de 10 p. 100, tandis que chez les femmes il n'est que de 2,4 p. 100. Il n'y a pas toujours parallélisme entre le nombre des aliénés et celui des criminels dans une même région, mais il semble bien en exister un entre cette délinquence spéciale des fous d'une région et la prépondérance des délinquants, des homicides et des aliénés : les auteurs de crimes contre les personnes sont surtout des paranoïaques, des épileptiques, et dans une proportion moindre des sujets atteints de raptus mélancoliques, de folie sensorielle ou alcoolique. Contre les propriétés, c'est avant tout l'arrêt de développement que l'on rencontre et plus rarement la paranoïa, l'épilepsie et les psychoses constitutionnelles. Ces fous criminels se trouvent surtout entre vingt et quarante ans : le nombre des voleurs augmente surtout avec l'âge; le célibat est fréquent chez eux (40 fois sur 55); les anomalies physiques se rencontrent surtout chez les sanguinaires (74 p. 100), plutôt que chez les voleurs (64 p. 100); l'auteur énumère la liste des divers stigmates dégénératifs qu'il a trouvés : il en conclut que 48 (soit 57 p. 100) de ces sanguinaires ont le type criminel complet et

©BIUM

que chez les voleurs on ne le trouve que 23,52 p. 100. L'hérédité aurait agi 43 fois sur 62. On trouve chez les ascendants de ces criminels des épileptiques, des alcooliques et des délinquants; chez les collatéraux, des suicides, des criminels et des alcooliques. Il rapporte ensuite les histoires cliniques les plus caractéristiques de sa série. Il insiste sur le manque d'instruction de la plupart de ces individus, sur l'importance des idées superstitieuses, si répandues encore en Sardaigne, sur le rôle de la croyance aux maléfices, aux esprits, aux démons, etc., et il conclut : 1° S'il est vrai que la même forme de crime est commune aux différentes formes psychopathiques, il n'en est pas moins vrai que les délits les plus graves sont commis de préférence par deux catégories déterminées d'aliénés paranoïaques et épileptiques; 2° les aliénés participent au point de vue de la criminalité des caractères ethniques spéciaux du groupe auquel ils appartiennent, mais la criminalité aliénée est plus fréquente que ne l'est la criminalité commune; 3° un très grand nombre de sujets examinés présentent des stigmates dégénératifs; ils sont plus fréquents chez les épileptiques et les phrénasthéniques, plus rares chez les paranoïaques et les paralytiques généraux; 4° chez les aliénés sardes, il est facile de rencontrer des idées délirantes paranoïaques ou simplement superstitieuses qui, soit seules, soit par leur union avec d'autres causes, représentent un des principaux facteurs de la criminalité.

III. — *L'argot des criminels expliqué par l'ethnographie comparée*; par Guiffridda Ruggeri (numéro de janvier). — Certaines coutumes des criminels remontent à un passé lointain, telle la crainte du fer qui, en Italie, conjure la jettatura. L'argot est, comme le langage conventionnel des sauvages, destiné à la défense. C'est aussi une sorte de talisman; les dégénérés, les basses classes, tous ceux dont l'évolution a été arrêtée sont des superstitieux. Chez eux, on rencontre comme chez les sauvages la crainte d'appeler certains animaux par leur véritable nom, l'amour des tatouages. Pour l'auteur, à la base de tous les jargons adoptés par certaines sociétés plus ou moins isolées, il y a du mysticisme ou de la suggestion réciproque et une croyance à des moyens de défense et de protection surnaturels.

IV. — *Deux cas de perversion sexuelle. Note clinique*; par le Dr Gonzalès (numéro de janvier). — L'auteur a eu en peu de temps l'occasion d'observer dans son service les deux cas suivants :

©BIUM

Dans le premier, il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, taré héréditairement, présentant des stigmates de dégénérescence très marqués et surtout de la gynécomastie : il est atteint de confusion mentale avec des accès de perversion sexuelle paroxystique, pendant lesquels il ne parle que de travaux de femme, de coquetterie, refuse le tabac et le vin, et s'habillerait en femme s'il le pouvait : il a même cherché à se mutiler pour ressembler davantage à une femme. Dès l'âge de seize ans, il commença à se masturber, puis eut des habitudes contre nature, des amours grecs à aventures variées, il se livra même à la prostitution pédéraste, et contracta la syphilis. Le second cas concerne un homme de quarante ans, marié, fils d'une psychopathe. Il fit deux tentatives de suicide, dont l'une par crainte de scandale : il présente de nombreux stigmates de dégénérescence et un délire de persécution complexe et intense, avec des idées de ruine, d'auto-accusation et de nombreuses hallucinations. Après une jeunesse orageuse, il se maria, mais bientôt il découcha, passa plusieurs nuits dehors, rentra pâle et ensanglanté : il se livrait pendant ses fugues à des obscénités sans nom; se faisait piquer jusqu'au sang avec une grosse épingle, avec un canif, se faisait déféquer sur la poitrine, et grâce à cela seulement il éprouvait la jouissance sexuelle. Chez ces deux sujets on trouve à la base de l'anomalie sexuelle une impuissance due à des excès, et un état de faiblesse intellectuelle; il y a aussi de l'auto-suggestion. Pour l'auteur italien, ces actes relèvent de l'épilepsie larvée dont ils sont un équivalent psychique, comme l'a déjà prétendu Lombroso.

V. — *La fossette occipitale médiane chez les fous et en particulier chez les fous épileptiques*; par le Dr Bergonzoli (numéro de janvier). — Pour Lombroso, la présence de cette fossette est un signe de dégénérescence : c'est pour répondre à un désir exprimé par Verga que l'auteur a accompli ses recherches. Dans les collections du manicome de Voghera, sur 524 sujets il a rencontré 30 fois cette anomalie, soit 5,72 p. 100, 54 des crânes examinés appartiennent à des épileptiques, 6 d'entre eux avaient cette fossette supplémentaire, soit 11,11 p. 100. Chez les aliénés proprement dits, l'auteur l'a trouvée chez des lypémaniaques, des idiots, des pellagreux, des déments séniles ou simples, des maniaques, des paralytiques généraux; chez les sujets qui en étaient porteurs, on a trouvé en même temps un très grand nombre d'autres stigmates de dégénérescence. Il conclut : la fréquence de la fossette occipitale médiane dans les

©BIUM

crânes d'aliénés diffère peu de celle dans les crânes des normaux, mais chez les épileptiques aliénés elle est de près du double.

VI. — *Le réflexe de Babinski chez les pellagreux*; par le Dr Duse (numéro de janvier). — La dégénérescence des faisceaux pyramidaux croisés est fréquente chez les pellagreux; or, le phénomène de Babinski est caractéristique des lésions de ce faisceau : l'auteur a rencontré ce signe 20 fois sur 43 pellagreux du Dr Antonini au manicome de Saint-Daniel, soit 46,22 p. 100. Il est d'autant plus fréquent que la pellagre est plus ancienne; le réflexe patellaire manque 34 fois sur 43 (79,3 p. 100), le réflexe plantaire était exagéré 29 fois, soit 67,19 p. 100. Enfin dans trois cas où existait le phénomène de Babinski, on ne put produire le réflexe plantaire vulgaire.

VII. — *Contribution à l'étude de la folie simulée;* par le Dr Bertini (numéro de janvier). — Un recéleur affilié à une importante bande de voleurs simule, après un mois de détention, la confusion mentale avec agitation nocturne et sitiophobie. On l'alimente pendant un mois à la sonde. Placé en observation à l'asile, les phénomènes psychiques disparurent, dès que les infirmiers l'eurent menacé d'une punition sévère. Il ne s'agitait qu'en présence des médecins et des infirmiers ou encore devant la justice : il ne veut pas reconnaître ses amis, ne répond pas aux questions ou y répond par des absurdités. Le pneumographe révèle une grande émotion lorsqu'on lui parle des gendarmes. L'examen somatique ne révèle aucun trouble : il cherche à simuler les signes de la démence, et se laisse soumettre à l'examen par le pneumographe, en ignorant le but, mais il s'est refusé à l'application du pléthismographe.

VIII. — *Epilepsie psychique avec amnésie retardée;* par le Dr Roncorini (numéro de janvier). — Un malade de vingt-neuf ans, issu d'une famille dans laquelle l'épilepsie n'est pas rare, alla demander à un prêtre de l'exorciser, parce qu'il était « frelaté » par un succube. Ce fut sans résultat. Il invoqua ensuite le secours des gendarmes. Il est halluciné. Il entend des cloches; il se met à boire et son délire augmente sous l'influence de l'alcool. Il donna dix-sept coups de couteau à un aubergiste, et immédiatement après son arrestation il raconta la scène aux gendarmes : il avait éprouvé des phénomènes d'angoisse et une sensation de chaleur à la tête; il n'avait aucune raison de commettre ce crime. Depuis, il a complètement oublié ce qui s'était passé. On l'a interné à l'asile; on a constaté des vertiges; il a du tremblement des mains et de la

©BIUM

langue, des cicatrices au niveau des pariétaux ; idéation lente, apophyses lémuriens.

IX. — *A propos d'une modification du traitement électrique dans la paralysie faciale périphérique*; par le Dr Négro (numéro de janvier). — A vrai dire, on ignore encore le mécanisme exact des traitements électriques dans cette affection. Cependant, on y utilise, et souvent avec succès, la faradisation et la galvanisation. Dans l'un comme dans l'autre de ces modes d'application, l'électrode excitante est fixée en des points de la face situés constamment au-dessous de la lésion du nerf facial, puisque généralement celle-ci siège dans l'aqueduc de Fallope. Cependant, la loi de la polarisation dynamique, d'après laquelle les excitations physiologiques du neurone moteur ont une marche cellulifuge, montre qu'il vaudrait mieux agir au-dessus qu'au-dessous de cette région.

C'est pourquoi l'auteur donne le conseil d'électriser le côté opposé à la lésion, puisqu'il est aujourd'hui démontré que chacun des deux nerfs faciaux emprunte une racine importante au noyau du côté opposé : ces deux faisceaux s'entre-croisent sur la ligne médiane. L'auteur rappelle à ce sujet les expériences d'Exner et de Paneth sur le lapin et celles toutes récentes de Bary. L'observation clinique montre de même que les excitations électriques transmises au nerf facial d'un côté, à travers la peau de la région, amènent dans certaines conditions des réactions motrices du côté opposé; en particulier, un cas du Dr Bergonié (1903), ceux de Damsch, de Von Fragstein, de Wernicke, et Ziehen. L'auteur expérimenta sur des chiens et des lapins, découvrit un des nerfs faciaux à sa sortie de la cavité cranienne, l'excita, mais n'obtint jamais, ni par la faradisation, ni par la galvanisation, la moindre contraction des muscles du côté opposé ; de même, il échoua chez l'homme sain, mais il eut un résultat positif par la galvanisation, dans un cas de tétanie dont il rapporte en détail l'observation.

L'insuccès resta complet avec le faradisme. Il ne s'agit nullement d'une exagération de la réflectivité du trijumeau, puisque le phénomène n'existe que par la galvanisation. L'auteur essaya l'électrisation galvanique du côté opposé à la lésion par un courant un peu plus intense que celui qui est nécessaire pour obtenir une contraction musculaire ; il fit de nombreuses fermetures de courant, puis tétanisa le muscle pendant quelques secondes. Il avait des phénomènes réflexes dans les sphères du trijumeau et de l'intermédiaire de Wrisberg. Puis il alterna les

©BIUM

applications faradiques et galvaniques au niveau du tronc nerveux au-devant du tragus, et sur d'autres points du trajet moteur, il employa des interruptions fréquentes au pôle négatif où il utilisait une petite électrode (3-5 cmq de surface) ; au pôle indifférent, l'électrode avait de face 100 cmq de surface, et était fixée à la région de la nuque ; le courant galvanique avait de 2 à 8 milliampères. L'auteur a employé cette méthode dans quatre cas ; il a réussi, mais il reconnaît qu'il serait prématuré de vouloir tirer de si peu d'exemples une conclusion générale.

X. — *Sur une forme rare de tic de la langue comme signe précoce et fréquent de la paralysie générale progressive* ; par le Dr Negro (numéro de janvier). — Le grincement des dents si fréquent est généralement interprété comme une lésion irritative de la zone corticale motrice du trijumeau. Negro a constaté chez 60 p. 100 des sujets atteints de paralysie générale au début un mouvement de dégustation (mouvement du caramel) précoce, rarement signalé par les auteurs. Il n'est pas tout à fait rythmique, mais se présente en général cinq, six fois par minute et cesse pendant le sommeil. Il augmente par l'excitation de la corde du tympan ; ce phénomène apparaît tout à fait au début de la maladie, et quelquefois presque deux ans avant les autres signes ; il doit être, d'après l'auteur, interprété comme un « tic » à cause de l'influence de l'état émotif, de la disparition pendant le sommeil. C'est d'ailleurs une tare dégénérative ; il y a en même temps paresthésie et altération sécrétoire, ce qui indique une lésion du centre de l'hypoglosse par diminution du pouvoir inhibitoire.

XI. — *Remarques relatives à un cas de blépharospasme unilatéral probablement de nature épileptique* ; par le Dr Negro (numéro de janvier). — Une jeune fille de dix-huit ans, dont le père était alcoolique et la mère nerveuse, eut après des accès épileptiques un blépharospasme de l'œil gauche sans douleur ni trouble de la sensibilité. C'était un spasme clonique, tantôt du muscle orbiculaire tout entier, tantôt de certains faisceaux seulement et exceptionnellement de l'élévateur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, plus rarement des zygomatiques. Ce n'est pas un tic, car cette affection débute plus lentement, et est modifiable par la volonté. Pas de trouble de caractère. Des cas analogues ont été signalés par divers auteurs ; Negro lui-même en a vu un chez un garçon de treize ans, qui fut heureusement modifié par les polybromures et l'extrait de belladone employés alternativement, ce qui confirme la nature épileptique de ce

©BIUM

symptôme. L'électricité n'amène de modification qu'à une certaine intensité.

XII. — *Syndrome associé tabéto-basedowien*; par le Dr Roasenda (numéro de janvier). — Une femme de trente-sept ans qui ne serait ni syphilitique, ni hystérique, présente de l'inégalité pupillaire, et, depuis dix ans, a des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, des crises laryngées et gastriques ; les pupilles ne réagissent ni à la lumière, ni à la distance ; la marche est difficile. En même temps, il existe un tremblement basedowien; le pouls, fréquent, atteint 144; hypertrophie de la thyroïde. Y a-t-il association fortuite entre les deux symptômes ou bien une lésion associée?

XIII. — *La pause et les mouvements terminaux dans l'asphyxie*; *les centres respiratoires spinaux*; par le Dr Mosso (numéro de janvier). — Quand on obture la trachée d'un animal, il se produit une courte période d'excitation, puis une perte de connaissance avec chute (au bout de vingt secondes chez le porcelet); puis la mort survient plus ou moins longtemps après, suivant les circonstances et les espèces. Dans l'asphyxie, quelle qu'en soit l'origine, après une période d'excitation au cours de laquelle les animaux font des mouvements respiratoires profonds, il y a un arrêt de la respiration qui peut durer jusqu'à une et deux minutes, puis les mouvements respiratoires reprennent et vont en s'affaiblissant jusqu'à la mort. Les réflexes sont abolis pendant l'apnée ; mais il n'y a aucune relation entre le centre inhibitoire cardiaque et le centre vasomoteur d'une part, et le phénomène de la pause d'autre part. Ces derniers se rapportent plus à l'intensité qu'au rythme, car il y a de petits mouvements perceptibles grâce à des artifices. Pendant les grands mouvements respiratoires terminaux, il y a des mouvements des extrémités et de la queue avec défécation, ce qui indique une excitation directe de la cellule nerveuse de la moelle épinière. La pupille, pendant la pause, est dilatée par irritation du sympathique; il y a contraction des vaisseaux sanguins. De nombreuses théories ont été émises pour expliquer l'arrêt des mouvements respiratoires dans l'asphyxie : Rosenthal (1861), Schiff, Knoll, Hogges, Langendorff, Grovhagen, etc. Aucun fait ne démontre jusqu'à présent la présence des centres inhibitoires de la respiration; il en est probablement de même pour les centres respiratoires que pour les autres centres corticaux. Une faible irritation produit une excitation; une plus forte la supprime. La pause est toujours l'effet d'une

©BIUM

paralysie (cocaïne appliquée au bulbe, asphyxie, anémie, chloral injecté dans les veines); les cellules de la moelle épinière semblent mieux supporter l'asphyxie que celles des centres supérieurs mieux différenciés. Langendorff a montré que dans l'asphyxie les dernières respirations présentent en petit le phénomène de Cheyne-Stockes. Le centre respiratoire est le premier paralysé chez la grenouille placée dans une atmosphère de CO^2, ce qui constitue une différence essentielle avec les animaux à sang chaud; mais il peut arriver que les centres bulbaires soient paralysés avant que les réflexes purement médullaires soient abolis. Cependant, c'est exceptionnel, car, après vingt secondes de compression de la trachée, le porcelet est pris de mouvements dus à l'absence d'oxygène et à l'accumulation de CO^2 dans les cellules nerveuses. Ces convulsions cessent dès le début de la pause respiratoire. Les mouvements respiratoires ne sont pas de nature réflexe comme d'aucuns l'admettent encore aujourd'hui. En effet, la moelle épinière séparée du bulbe peut donner naissance à des mouvements respiratoires réguliers; cette expérience est difficile à réaliser à cause du shock opératoire. Les cellules de la moelle sont physiologiquement identiques à celles du bulbe. On est, en effet, forcé d'admettre des centres respiratoires spinaux.

XIV. — *La ressemblance physique devant les tribunaux. A propos du procès Kwilecki à Berlin*; par le prof. Strassmann, de Berlin (numéro de janvier). — Il s'agit d'un procès en substitution d'enfant dont les débats ont duré un mois. Les questions posées étaient celles-ci : Dans quelle probabilité et sur quels fondements peut-on admettre un accouchement chez une femme de cinquante ans? Jusqu'à quel point peut-on distinguer par la simple inspection un enfant de quelques jours d'un enfant de cinq semaines? Se fondant sur la ressemblance physique, est-il possible d'identifier un enfant douteux, et décider si c'est le même ou s'il a été changé? Ceci est bien épineux, car l'absence même de cryptorchidie n'est pas une preuve, cette infirmité n'étant pas fatalement héréditaire.

XV. — *Procès intenté au sénateur d'Antona*; par le Dr Foa (numéro de janvier). — Le professeur d'Antona, sénateur du royaume, était accusé par une famille d'avoir, par une négligence coupable, abandonné dans le péritoine d'un de ses opérés un morceau de gaze, ce qui aurait, d'après la famille, causé la mort du patient, qui était atteint d'un sarcome des voies biliaires. Ce procès, en raison de la haute personnalité du pro-

©BIUM

fesseur d'Antona, tant comme savant que comme homme politique, a passionné l'opinion publique transalpine et a naturellement soulevé d'ardentes polémiques : on nomma plusieurs fois des experts et des contre-experts ; finalement, devant le Sénat constitué en haute cour de justice, le procureur général abandonna l'accusation.

XVI. — *Mort par hémorragie ou par asphyxie* ; par le Dr Spät (numéro de janvier). — Il s'agit d'une accusation de meurtre rituélique commis par des Juifs. Le corps avait été coupé en morceaux, que l'on retrouva en divers endroits et les uns après les autres ; il y avait des pétéchies au visage. Etaient-elles dues à une asphyxie? Il y avait aussi une infiltration sanguine de la dure-mère. Etait-elle due à un traumatisme provoqué par une lutte? Spät admet l'asphyxie ; car la saignée à blanc n'est pas vraisemblable à cause de la présence de sang dans les voies aériennes. Les taches de sperme indiquent que l'acte sexuel venait d'être accompli, d'où probabilité d'une vendetta ; aucune trace de rapports homosexuels. Les entailles du cou sont les analogues de celles que l'on retrouve ailleurs.

XVII. — *L'erreur sur la personne* (*art.* 105 *du Code civil italien*) *dans la jurisprudence* ; par le Dr Tovo (numéro de janvier). — Une femme étant enceinte le jour de ses noces, le mariage fut attaqué sous prétexte qu'il y avait erreur sur la personne, donc dol, puisqu'il manquait l'une des qualités essentielles que doit avoir une jeune épousée : être vierge. Le tribunal rejeta ces moyens en disant qu'on peut être une excellente femme lors même qu'on a été une fille coupable. Un cas analogue a été jugé de même par le tribunal de Rome : il s'agissait alors d'une femme violée, qui était donc vierge « moralement ».

XVIII. — *Sel et pellagre* ; par le professeur Lombroso (numéro de janvier). — Lombroso, qui depuis trente ans étudie la pellagre, n'a jamais cessé de l'attribuer au maïs gâté; il ne reconnaît aucune relation, quoi qu'on en ait dit, entre cette maladie et le manque de sel. Au contraire, lorsque le pain est bon marché, la maladie recule : il faut donc diminuer les droits sur les grains.

XIX. — *Névrose et résidence forcée* ; par le Dr Mirabella (numéro de janvier). — Sur 400 individus observés, 7 furent traités et guéris au manicome pour troubles confirmés des facultés intellectuelles (3 folies épileptiques, 2 manies, 1 paranoïa, 1 délire de persécution) ; 26 autres étaient des épileptiques larvés, 5 des délirants persécutés, 12 des hystériques ou

©BIUM

hystéro-épileptiques, 7 des neurasthéniques, 39 des alcooliques, soit 121 névropathes sur 400 individus; l'auteur rappelle ensuite brièvement les cas les plus intéressants de sa pratique et fait quelques remarques sur les mœurs de ces sujets.

XX. — *Difformité congénitale par influence psychique de la grossesse*; par le Dr Tovo (numéro de janvier). — Le rôle de l'influence psychique sur le développement des phénomènes tératologiques, après avoir été exagéré dans l'antiquité, est aujourd'hui volontiers passé sous silence. Il est cependant des plus réels. Le cas suivant le prouve. C'est celui d'un enfant de six mois, né à terme, dont la fonction auditive est des plus réduites et qui présente une absence presque complète du conduit auditif externe gauche (qui n'admet qu'une sonde de Bowman n° 3). Le pavillon n'est représenté que par un petit cartilage à la place de l'antitragus; à droite, le conduit est à peine plus large; le pavillon comprend deux appendices cartilagineux réunis par une ligne idéale. L'appendice supérieur porte un énorme tubercule de Darwin. La mère est une femme un peu nerveuse, qui avait vu, dans les premiers temps de sa grossesse, panser un homme qui venait de faire une chute. Le pansement recouvrait les oreilles. Cela lui fit une forte impression, et elle eut le pressentiment de ce qui devait arriver à son enfant.

XXI. — *Sécrétion lactée chez des pédérastes passifs*; par le Dr de Blasio (numéro de janvier). — La sécrétion lactée chez l'homme a été signalée un certain nombre de fois depuis Aristote; en voici de nouveaux exemples. Deux jeunes pédérastes passifs furent victimes d'un accident de voiture. Ils étaient habillés en femmes : l'un en dame, l'autre en nourrice. Ce dernier tenait dans ses bras une poupée de chiffon avec une tétine en porcelaine représentant un nouveau-né. Aussitôt hors de la voiture, ils cherchèrent à se sauver, furent rejoints et arrêtés. C'étaient bien des hommes, mais sans barbe ni moustache, avec des hanches saillantes et des seins proéminents. Jusqu'à l'âge de treize ans ils étaient normaux; mais depuis lors, ils livraient leurs seins à leurs amants, qui les sucèrent; peu à peu ils eurent du lait. Aréole brunâtre. Quand on leur touchait le sein, leur appétit sexuel était fortement éveillé et se portait à l'anus. Pas d'anomalies. L'érection est normale. Divers auteurs (Villeneuve, Grüber, Fromentini) ont étudié la structure des mamelles d'homme ayant du lait.

XXII. — *Le profil de la plante du pied chez les dégénérés et*

©BIUM

dans les races inférieures; par le Dr Guiffrida Ruggeri (numéro de mai). — Dans le philum du genre humain, nos ancêtres lointains étaient plus ou moins semblables à ce que sont aujourd'hui les races arriérées. Les réapparitions atavistiques sont des tares dégénératives qui diminuent l'énergie évolutive naturelle. Telle est la thèse que le savant auteur soutient, et il y voit une confirmation de la doctrine monogéniste. Le pied a été étudié, chez les nègres, par Fulleborn, Hovelacque, Hervé, etc. Il existe dans les races nègres un écartement naturel du gros orteil à l'état de repos du pied, un allongement de la portion antérieure, de la brièveté des doigts, et surtout du gros orteil, absence de voûte plantaire, saillie exagérée du calcanéum : tous signes que l'on retrouve chez les dégénérés. Fulleborn a insisté sur un renversement du gros orteil vers la ligne médiane du corps, qui peut atteindre et dépasser même le bord interne du pied : cette particularité ne se retrouve pas chez les Européens normaux, même chez les anciens (Grecs et Romains), qui ne portaient point de chaussures. Cette disposition est fréquente chez les aliénés du manicome de Rome, et elle est fort disgracieuse.

XXIII. — *Criminel-né voleur et assassin*; par le Dr Bellini (numéro de mai). — Il s'agit d'un mineur, condamné à trente ans de réclusion pour vol et assassinat d'une vieille femme, sa patronne. Son attitude devant le tribunal fut cynique, il se glorifia d'avoir été l'instigateur du crime et invectiva les magistrats et les jurés; mais il chercha à charger son complice, il donna à des prostituées le produit de ses vols. Il fut arrêté à Milan, trois jours après le crime, tranquillement endormi dans un estaminet. C'est le fils d'un aliéné et d'une femme de mauvaise vie, il a un peu fait tous les métiers et a déjà été condamné trois fois; il présente de nombreux stigmates dégénératifs. Le vol est pour lui un moyen de revendication sociale : il n'a aucune affection pour les siens et se montra particulièrement cruel dans l'assassinat qui lui est reproché.

XXIV. — *Distribution régionale de la génialité en Italie*; par le Dr Cappelli (numéro de mai). — Le génie est un facteur essentiel du progrès social. C'est une névrose, pour Moreau de Tours; en tout cas, il est (Taine) sous la dépendance de la race et de l'ambiance. L'étude de la génialité est un de ces points de contact, maintenant de plus en plus communs entre les sciences naturelles et les sciences morales. L'auteur a recherché s'il y a parallélisme en Italie entre l'existence de la génialité et

©BIUM

les conditions anthropologiques, psychiques et ethniques, que Lombroso considère comme les facteurs essentiels du génie. Il dresse un tableau contenant les diverses coordonnées du problème : capacité cranienne, taille, folie, épilepsie, alcoolisme, suicide, enfants illégitimes, rachitisme, idiotie, densité de la population, culture et progrès moraux, commerce et industrie. Puis il résume ces différentes données pour chaque province en les rapprochant du chiffre de la génialité, et il conclut en faveur de la légitimité de la théorie lombrosienne prise en bloc.

XXV. — *Phrénasthénie congénitale* (*imbécillité*) ; par le Dr Mariani (numéro de mai). — Il s'agit d'une fille de vingt et un ans, ayant un frère peu intelligent et peut-être paranoïaque ; elle présente de nombreux stigmates dégénératifs, ne put rien apprendre à l'école, ne se livra à aucun travail spontané; à dix-huit ans, elle fut atteinte du typhus. Incapable d'aucune attention, son langage est un balbutiement infantile, souvent inintelligible. Inutile de dire qu'elle n'a aucune notion de morale : c'est une imbécile d'après la classification de Krafft-Ebing.

XXVI. — *Syndrome oculaire de Claude Bernard-Horner comme stigmate somatique fréquent de dégénérescence surtout chez les épileptiques* ; par le Dr Negro (numéro de mai). — Pourfour du Petit montra expérimentalement dès 1727 que la section de la chaîne ganglionnaire du cou amène un rétrécissement du diamètre de la pupille, une injection sanguine de la conjonctive oculaire, une diminution de volume de l'œil et une chute de la paupière supérieure. Ces expériences furent confirmées par Malmelli, Dupuy, Brachet, Reiden. Biffi, le premier, a constaté que la pupille, devenue myotique, continuait à réagir à la lumière et à la galvanisation. Budge et Waller démontrèrent que dans ce cas le sympathique n'est qu'un conducteur, et qu'il existe entre la 7e vertèbre cervicale et la 6e dorsale un centre cilio-spinal. Pour Claude Bernard, le syndrome est caractérisé : 1° par un myosis pupillaire et une congestion conjonctivale ; 2° une rétraction du globe oculaire vers le fond de la cavité orbitaire avec saillie du cartilage de la 3e paupière qui vient se placer (chez l'animal) au-devant du bulbe de l'œil ; 3° par une diminution de l'ouverture palpébrale et une déformation, elle devient elliptique dans le sens transversal ; 4° rétrécissement du globe oculaire. Des cas cliniques ont confirmé les résultats expérimentaux de Claude Bernard.

En 1869, Horner décrivit chez une femme un syndrome ocu-

laire analogue à celui établi par le physiologiste français à la suite d'une lésion du sympathique cervical; cet ensemble forme donc le syndrome oculaire de Cl. Bernard-Horner. Le mécanisme en serait le suivant : la chaîne ganglionnaire contient des filets qui innervent les fibres radiées de l'iris, d'autres le muscle orbitaire et le muscle de Müller, les muscles palpébraux supérieur et inférieur, tous quatre formés de fibres lisses. Les fibres iriennes provoquent, par leur contraction, une dilatation de la pupille; ceux du muscle orbitaire, une compression d'arrière en avant de la fente palpébrale; les muscles palpébraux éloignent les bords respectifs de la paupière. Ce syndrome se produisit au cours des sections sympathiques exécutées ces dernières années dans le but de guérir l'épilepsie ou la maladie de Basedow. M^me^ Dejerine-Klumpke a montré que les fibres oculo-pupillaires proviennent des rameaux communiquants venus de la 8^e^ paire cervicale (racine antérieure) et de la 1^re^ paire dorsale, surtout de cette dernière. Les diverses lésions de ces régions donnent lieu au syndrome oculaire de Cl. Bernard-Horner; un certain nombre d'observations ont été publiées; l'auteur les résume brièvement; mais il a trouvé ce syndrome chez les névropathes indemnes de toute lésion du sympathique cervical cérébral ou périphérique, et particulièrement chez les épileptiques (6 p. 100), plus rarement chez les hystériques et les neurasthéniques. Ce serait donc une association phénoménologique de nature dégénérative, une malformation congénitale (Féré). C'est ce que confirma l'examen direct des sujets qui, tous, étaient porteurs de nombreux stigmates. On le rencontre d'ailleurs parfois chez plusieurs membres d'une même famille. L'instillation d'une solution faible de chlorhydrate de cocaïne dans le cul-de-sac conjonctival constitue un bon réactif pour permettre d'établir si le syndrome relève ou non d'une lésion du sympathique cervical.

XXVII. — *Contribution à l'étude de la sensibilité aux vibrations du diapason*; par le D^r^ Roasenda (numéro de mai). — Treitel a montré qu'un diapason vibrant, mis en contact avec une région déterminée de la peau, provoque une sensation de vibration qui serait pour Egger le résultat de la sensibilité osseuse. L'auteur insiste sur un cas intéressant qu'il a observé à Turin. Il s'agit d'un prêtre de cinquante ans, buveur et athéromateux, frappé, depuis vingt-sept jours, d'un ictus apoplectique par hémorragie cérébrale : hémiplégie gauche complète, même du facial inférieur, avec légère contrac-

©BIUM

ture, exagération des réflexes tendineux du côté malade, signe de Babinski, perte de la sensibilité tactile, dissociation de la sensibilité thermique; le froid est peu perçu, le chaud pas du tout; sensation de perte des membres malades; pas de perception du diapason de 128 vibrations à gauche. Sept semaines après l'ictus et trois semaines après le premier examen, la mobilité reparut dans le deltoïde, puis, peu à peu, dans certains muscles, et il y eut même contracture de certains de ces muscles. La sensibilité dolorifique reparut la première, mais affaiblie, puis la sensibilité thermique; le diapason continue à ne donner lieu à aucune sensation : les voies de cette sensibilité sont donc particulières, elles siégeraient d'après Marinesco dans les cordons postérieurs au voisinage de la substance grise, ce qui explique la coïncidence de l'anesthésie vibratoire et la thermo-analgésie.

XXVIII. — *Symptomatologie du tabes, surtout dans ses formes aiguës*; par le Dr Negro (numéro de mai). — Il est difficile d'établir, même approximativement, l'époque du début et la succession des symptômes, particulièrement des symptômes objectifs de cette affection. L'auteur a observé le cas d'un malade, ancien syphilitique, qui présentait objectivement tous les signes classiques du tabes et dont les yeux étaient absolument normaux. Trois mois après, blépharoptose surtout marquée à gauche, paralysies de l'abducens, du droit supérieur et du petit oblique, surtout accusées du même côté; mydriase à droite, lenteur des réflexes à la convergence et à l'accommodation des deux côtés : le fond de l'œil est normal. Les phénomènes oculaires auraient débuté après un refroidissement. On est en droit de se demander si parfois, sous l'influence de la toxine parasyphilitique, le tabes ne débuterait pas d'une façon très rapide, puis resterait longtemps stationnaire et ne serait pas d'autres fois véritablement progressif.

XXIX. — *Cas de paroxysmes hystériques formés de spasmes rythmiques cloniques*; par le Dr Roasenda (numéro de mai). — Une paysanne de vingt-quatre ans a été prise, à l'âge de quatorze ans, à la suite d'une remontrance, d'un tremblement généralisé qui a duré quelques minutes. Depuis lors, elle est atteinte de spasmes cloniques, tantôt circonscrits, tantôt diffus. D'abord ces accès ne se produisaient qu'une fois par quinzaine; aujourd'hui, elle les a quatre et cinq fois par jour, davantage même si elle a des émotions. La durée est de trois à quatre minutes, mais elle peut augmenter jusqu'à dix-huit et

©BIUM

vingt. Il existe au cou et à la nuque des mouvements de latéralité, des mouvements cloniques des membres supérieurs, surtout à gauche. Il n'y a pas perte de connaissance, et les courants électriques n'interrompent pas l'accès. Pas de stigmates d'hystérie. Néanmoins ce cas appartient à la névrose : ce sont des spasmes rythmiques musculaires localisés, de nature hystérique (Pitres), de la chorée rythmique (G. Sée); le pouls, en effet, n'est pas modifié pendant l'accès, il n'y a pas d'amnésie, il y a absence de spasmes toniques. Echec complet de la thérapeutique.

XXX. — *Six nouveaux cas de pseudo-hermaphrodisme*; par le Dr Neugebauer, de Varsovie (numéro de mai). — Sur ces six cas, il y a eu trois fois erreur de sexe, deux fois elle n'a été reconnue qu'à l'autopsie; deux autres concernent des enfants, l'un était un nouveau-né, l'autre avait deux ans et demi. L'auteur donne des détails anatomiques sur les anomalies que présentèrent ses sujets et qu'illustrent de nombreuses figures, et il conclut ainsi : 1° ces anomalies sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement et sont une manifestation locale d'un trouble général de développement; 2° ces erreurs causent des ennuis, non seulement au sujet, mais aussi à l'entourage; 3° la connaissance de l'hermaphrodisme et du pseudo-hermaphrodisme, dans toutes leurs modalités et variétés, est intéressante au point de vue de l'embryologie, de l'anatomie pathologique, de la médecine légale, de la psychopathologie, de l'obstétrique, de la gynécologie et de la pédiatrie chirurgicale, d'où nécessité d'y insister dans l'enseignement.

XXXI. — *Cas de suicide par coup de feu déchargé dans le dos*; par le Dr Tovo (numéro de mai). — Il s'agit d'un sous-officier qui, par suite d'un dispositif spécial que nous ne pouvons rapporter en détail et qui serait incompréhensible si on le résumait, parvint à se tirer un coup de feu dans le dos. L'auteur insiste avec beaucoup de raison sur les difficultés et même les erreurs qu'auraient pu entraîner ces particularités si les circonstances n'avaient pas permis d'affirmer le suicide.

XXXII. — *Méthode employée par un faussaire pour altérer les empreintes des timbres*; par le Dr Gasti (numéro de mai). — C'est une leçon faite par l'auteur, vice-commissaire de la police de sûreté, au cours de police scientifique dirigé par le Pr Ottolenghi, création qui rend beaucoup de services en Italie et que nous pourrions peut-être chercher à introduire chez nous. Il s'agit d'un faussaire très habile que l'auteur étudie d'abord au

©BIUM

point de vue anthropologique, et dont il raconte ensuite le méfait : il parvint, par un procédé spécial de décalque, à contrefaire les empreintes des timbres à date de la poste et à se faire payer des mandats falsifiés, dont les formules avaient été dérobées par lui dans un bureau de poste, où il avait pénétré avec escalade et effraction.

XXXIII. — *Nouvelle méthode pour le diagnostic spécifique du sang humain*; par le Dr Carrara (numéro de mai). — Partant des travaux aujourd'hui classiques de Biffi, de Luna (1903), du Dr Florence (de Lyon), de Max et Ehrenrotte (de Berlin), l'auteur emploie la méthode suivante : Après avoir traité la tache par la solution de NaCl à 6 p. 1000, on dépose une goutte du liquide ainsi obtenu sur une lamelle couvre-objet, puis on y ajoute une goutte de sang obtenue par ponction d'un doigt; on facilite le mélange en inclinant la lamelle; il y a agglutination. Cette réaction réussit même avec des taches âgées de trois ans et plus ni les alcalis, ni les acides, même concentrés, n'empêchent la réaction. Quelques-uns cependant les rendent moins évidentes.

XXXIV. — *Réflexe sexuel par l'excitation des lèvres*; par le Dr Gualino (numéro de mai). — Telle est pour l'auteur l'origine du baiser; quoi qu'il en soit, il constata, aussi bien chez l'homme que chez la femme qu'il arrivait fréquemment que les lèvres excitées par un fil de laine qu'on promenait soit du côté de la peau, soit de celui de la muqueuse, amenait des idées érotiques, l'érection ou de la sécrétion de mucus utéro-tubaire.

XXXV. — *Sur la nécessité de la relégation perpétuelle des délinquants épileptiques*; par le Dr Mirabella (numéro de mai). — Les délinquants épileptiques sont particulièrement dangereux à cause des bizarreries et des violences de leur caractère, les dangers de leurs impulsions morbides inconscientes, l'impossibilité de se reclasser dans la société, leur peu de résistance aux intoxications, leur apathie et même leurs hallucinations. Il faut donc pour eux une surveillance continue, et, d'un autre côté, la raison se refuse à les maintenir à perpétuité entre les murs d'un asile ou d'une prison. C'est pourquoi l'auteur conseille de les recueillir dans des sanatoria spéciaux ou mieux les reléguer perpétuellement, d'éloigner d'eux tous les stimulants extérieurs et de les empêcher de se marier pour éviter la transmission si fréquente des troubles nerveux chez les descendants de ces malades.

XXXVI. — *Sur la pathologie du goitre et du crétinisme.*

©BIUM

Note préliminaire; par le Dr Bayon (numéro de mai). — Les questions à étudier sont : 1° Comment se produit le goitre; 2° comment se produit l'atrophie thyroïdienne totale dans certains cas de crétinisme et dans les cas de myxœdème de l'adulte; 3° pourquoi certains goitreux deviennent-ils crétins et non d'autres; 4° pourquoi le goitre est-il très commun dans certains pays, si rare dans d'autres. Pour l'auteur, ce serait une maladie infectieuse particulière. Les variétés de goitre correspondraient aux différentes phases de la maladie.

XXXVII. — *Folie et dégénérescence chez les soldats et les carabiniers royaux*; par le Dr Pellegrini (numéro de mai). — C'est une simple table statistique des différentes anomalies dégénératives et des différentes formes mentales que l'auteur a trouvées depuis 1889 chez trente-deux aliénés militaires confiés à ses soins. Il insiste sur ce fait particulièrement fréquent en Italie et si exceptionnel chez nous de l'incorporation de dégénérés et même d'aliénés dans les régiments.

XXXVIII. — *A propos de quelques signes tératologiques des mains et des pieds*; par le Dr Mariani et Mannini (numéro de juillet). — Il s'agit d'anomalies réversives que l'on rencontre fréquemment chez les dégénérés, en particulier un pouce surnuméraire chez une dégénérée de vingt-deux ans, dont la mère est pellagreuse et dans la famille de laquelle il y a des goitres endémiques. Ces pouces sont bien développés, comprennent des phalanges et des ongles, s'appuient tous deux sur le premier métacarpien, qui présente une disposition particulière. Le pouce surnuméraire n'est pas utilisé par la malade. Elle présente de la syndactylie aux pieds et un gros orteil préhensile, comme cela est normal chez le singe. Au point de vue mental, c'est une mélancolique anxieuse avec idées de damnation et crises panophobiques. Elle avait de l'hyperhydrose fétide des glandes sébacées de la peau, de la vulve et du conduit auditif. Ces différentes anomalies relèvent évidemment d'anomalies réversives : la polydactylie est à rapprocher de la disposition normale chez les poissons (rayons), tandis que la syndactylie rappelle une disposition des marsupiaux, des cétacés, des hylobates et même de certains nègres inférieurs. Le pied préhensile est fréquent dans nos pays chez les fous, les voleurs et les criminels; il existe chez les Indiens.

XXXIX. — *Voleur, fou moral*; par le professeur Lombroso (numéro de juillet). — C'est un jeune homme de dix-neuf ans, d'un faible niveau intellectuel, ayant de nombreuses

©BIUM

tares dans sa famille, qui commet le même jour plusieurs actes délictueux. Il y a de l'hypoesthésie droite avec perte totale de la sensibilité à la douleur, du rétrécissement du champ visuel; il a le « sens moral d'un enfant de six ans » et présenta même quelques hallucinations en prison.

XL. — *Epilepsie paranoïde*; par le Dr Lévi Bianchini (numéro de juillet). — Le délire est un symptôme fréquent d'épilepsie : les caractères de ce délire ont été bien décrits par divers auteurs et surtout par Falret; mais ici nous nous trouvons en présence de délires systématisés de forme paranoïde. Le premier cas est celui d'une paysanne avec de nombreux stigmates physiques de dégénérescence, épileptique depuis l'âge de quinze ans, qui, à dix-neuf ans, à la suite d'une fausse couche, eut un accès de fureur avec confusion mentale qui dura une dizaine de jours et au cours duquel elle faillit étrangler son mari. Ces crises se répètent de temps à autre, ne durent qu'un jour ou deux : au début, elle se plaint de ceux qui l'entourent, crie, gesticule, paraît désespérée, et menace, puis scènes de violence : elle déchire, cherche à étrangler, se croit possédée du démon, se plaint d'hallucinations, puis tout se calme en une semaine et reparaît au bout de deux mois. Le second cas concerne un homme de trente-deux ans qui fit un premier séjour à l'asile avec de l'agitation, des impulsions, des idées de jalousie. Plus tard il reste délirant et agité pendant quatre mois avec sitiophobie, idées de persécution; le délire disparaît subitement et un mois après une crise bravais-jacksonienne typique. Le troisième cas est celui d'un piqueur de quarante-quatre ans qui tua sa sœur, prostituée, sous l'influence de la maladie; depuis lors, accès intermittents. En résumé, l'épilepsie paranoïde se caractérise ou par la présence d'équivalents psychiques avec délire paranoïde, ou par l'apparition d'une série d'idées délirantes bien systématisées accompagnant un accès convulsif et constituant la plus grande partie par la durée et l'intensité d'une attaque d'épilepsie psychique.

XLI. — *Inégalité pupillaire alternante. Contribution à l'étude des actions musculaires automatiques et des énergies spécifiques*; par les Drs Stefani et Ugolotti (numéro de juillet). — L'inégalité pupillaire, accompagnée de mobilité normale de l'iris, avec excitations cérébrales et périphériques, peut présenter trois formes : *a*) une des pupilles est toujours plus large que l'autre, la plus large est toujours la même; *b*) ou bien il y a des alternatives d'égalité et d'inégalité et celle-ci est toujours en faveur

©BIUM

d'une même pupille; c) l'é galité et l'inégalité alternent et cette dernière est tantôt en faveur d'une des pupilles, tantôt en faveur de l'autre (inégalité alternante). Une inégalité accidentelle pseudo-alternante paraît pouvoir exister dans certains cas physiologiques; mais plus généralement le phénomène est pathologique. L'auteur a vu cinq cas de cette troisième forme en un an (2 déments, 2 pellagreux, 1 alcoolique et 1 hystérique); 12 fois il a vu le type n° 1, et 8 fois le type n° 2. Tous les autres phénomènes moteurs de l'œil étaient normaux. On examina ces malades tous les jours à diverses heures de la journée, sous divers éclairages. Parfois l'inégalité n'existait ni sous l'influence d'une lumière forte ni sous celle d'une faible intensité, mais seulement dans des cas intermédiaires. L'inégalité pupillaire peut exister chez des normaux, mais surtout dans diverses affections du système nerveux; souvent ces mouvements sont alternatifs : on peut les expliquer soit par une action irritative sur les tissus mêmes de l'iris, soit par l'innervation motrice périphérique des muscles propres. Nerfs sympathiques ou nerfs ciliaires, dans les formes alternantes, il s'agit probablement d'une action normale exagérée, d'une faiblesse d'action du système nerveux : l'expérience a permis de retrouver ce phénomène chez un chat chloralosé et chez l'homme à la suite d'injections de pilocarpine. C'est donc un rythme de tonus des nerfs iriens, analogue à celui que l'on trouve dans le cœur chez le chien, la tortue ou le crapaud. C'est un exemple d'activité différente de deux organes symétriques comparable à celui que le professeur Albarran a donné sur le rein. Est-ce à la suite d'une disposition préformée des iris ou du cortex? Cependant, quoique les différences persistassent toute la vie, les organes finissent par s'adapter d'une manière parfaite à leur fonction synergique.

XLII. — *Gigantisme partiel chez un épileptique*; par le Dr Ugolotti (numéro de juillet). — Dès sa naissance, le sujet, qui a actuellement vingt-trois ans, a eu le membre inférieur droit plus gros que le gauche : ce membre droit présente des taches rosées éparses, qui n'ont jamais ni augmenté ni diminué. Il est sujet à des érysipèles de son membre malade. Epileptique depuis l'âge de quinze ans, il entre à l'asile pour une crise aiguë de confusion mentale; on constate que la température est plus élevée du côté malade de 4° environ, et qu'il possède aussi un épaississement du tissu adipeux. Histologiquement, on constate un gonflement du derme et du tissu adipeux sous-

©BIUM

jacent : les éléments conjonctifs fixés sont en voie de multiplication ; c'est, en somme, l'état décrit sous le nom d'éléphantiasis congénitale, d'acromégalie partielle, d'hypertrophie partielle. L'auteur croit que l'épilepsie serait fonction de la rupture d'équilibre des parties.

XLIII. — *Vol par un lieutenant dipsomane* ; par le professeur Lombroso (numéro de juillet). — Il s'agit d'un malheureux officier, qui, poussé par une passion aveugle pour les liqueurs fortes, en arriva à voler ses collègues et à menacer de son revolver un usurier qui lui réclamait de l'argent ; il appartenait à une famille de buveurs, et présentait de nombreux signes d'éthylisme chronique à forme délirante ; par intervalles, il avait perdu toute conscience morale.

XLIV. — *Quelques expériences en faveur du siège cortical des myoclonies et des chorées* ; par le Dr Roncorini (numéro de juillet). — Beaucoup d'auteurs admettent que le siège de ces affections est dans le cortex ; d'autres, au contraire, pensent que c'est la moelle qui est atteinte primitivement. Des autopsies et des raisonnements théoriques existent en faveur des deux théories. Roncorini pratiqua sur des chiens, à l'aide des réactifs décalcifiants, des expériences positives dans trois cas, négatives dans six, mais il s'agissait de mouvements myocloniques et non de myoclonies vraies. Dans un cas clinique, une fillette dégénérée de douze ans, atteinte d'helminthiase, avait eu des secousses dans les doigts des mains, qui s'étendirent aux membres, puis guérirent et reparurent : cet état ne peut s'expliquer que par une lésion du cortex, semblable à celle de l'épilepsie, mais qui en diffère par l'intensité du processus, par la valence de l'agent provocateur : c'est une forme larvée de l'épilepsie.

XLV. — *Observations microscopiques sur le poumon asphyxique en rapport avec la pression sanguine de la petite circulation* ; par le Dr Borri (numéro de juillet). — Dans les cas d'asphyxie, on trouve un état de congestion et d'œdème pulmonaire, des hémorragies superficielles et interstitielles, ce qu'explique la théorie de la pompe aspirante. L'auteur n'a pas confirmé cette théorie classique de Donders, car les ecchymoses sous-pleurales sont extrêmement petites, dans la mort par submersion ; il croit pouvoir expliquer l'ecchymose dans ces cas, par une augmentation progressive de la pression sanguine dans la grande et dans la petite circulation au début, puis une diminution brusque. Au microscope, il y a une infiltration leucocytaire et un réticulum interlobulaire avec élargissement des capil-

©BIUM

laires, des amas de globules rouges et des hémorragies interstitielles dans les alvéoles libres. On a trouvé les mêmes phénomènes dans la grande circulation. Il s'agit donc d'un trouble vaso-moteur analogue à celui qu'on rencontre dans les intoxications par l'oxyde de carbone.

XLVI. — *Une famille asphyxiée par le gaz d'éclairage (oxyde de carbone)*; par les Drs Ottolenghi et Nazari (numéro de juillet). — La famille du chef des huissiers de l'Hôtel de Ville de Rome fut trouvée asphyxiée dans son logement. Elle se composait du père, soixante-deux ans, de la mère, trente-cinq ans, de deux garçons de seize et six ans, et d'une fillette de douze ans. L'aîné des fils et la mère moururent, les autres survécurent après une convalescence plus ou moins longue; ils présentèrent des troubles digestifs, de l'anorexie, des céphalalgies intenses, des troubles de la mémoire, de l'automatisme. L'autopsie du jeune garçon et de la mère révéla des hémorragies sous-durales, sous la muqueuse de l'estomac, sous-péricardiques, sous-pleurales, des ecchymoses intra-pulmonaires. Signes d'altération nécrotique dans le rein; le spectroscope révéla les altérations classiques de l'intoxication oxycarbonée. L'examen de l'appartement montra que c'était un bec de gaz placé dans un corridor à 1 m. 10 du sol, qui était la cause de ce terrible accident. L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic des symptômes présentés par les survivants.

XLVII. — *Identité ou dissemblance photographique*; par le Dr Umberto Ellero (numéro de juillet). — C'est le résumé d'une leçon faite par l'auteur, fonctionnaire supérieur de la police, à l'Institut de police scientifique du ministère de l'Intérieur. Il s'agit de savoir si l'inculpé, accusé d'une grave affaire de blessure volontaire, est le même qu'un nommé Carb..., Dominique, fils de Pierre, déjà condamné en 1884, par la Cour d'assises de Pérouse, à vingt ans de travaux forcés pour vol à main armée, et auquel semblait se rapporter la fiche anthropométrique : à un examen plus attentif et à une lecture plus serrée du signalement, on s'aperçut de la non-identité des deux sujets, ce qui montre qu'à longue échéance le portrait n'a pas une garantie suffisante que seul donne le signalement scientifique.

XLVIII. — *Limites de la gratuité des expertises dans les causes criminelles*; par le Dr Levi (numéro de juillet). — L'auteur, avocat, montre que le travail des experts, si délicat parfois, n'est pas rétribué en Italie, lorsqu'il s'agit de l'assistance judi-

©BIUM

ciaire ; seuls les déplacements sont payés par le Trésor public ; cette réclamation est juste, car toute peine mérite salaire.

XLIX. — *Influence de la liberté et de la race sur le génie* ; par le professeur Lombroso (numéro de juillet). — Pour Voldemann, le génie est une spécialité germanique. Cependant, le génie est fils de la dégénérescence, qui est de toutes les races, et même des races animales. En fait, les pays italiens où dominent les Lombards (Pavie), n'ont pas conservé le type germanique, qui subsiste cependant dans certains îlots de l'Italie du Sud (Bénévent) et dans lesquels le génie est rare, tandis qu'il est fréquent chez les juifs anglais. C'est le mélange des races qui semble favoriser l'éclosion de la génialité (Sicile, Florence, Athènes, Milan, Bologne, Paris). La liberté chez ces peuples a fait éclore le génie, surtout chez les Florentins, le peuple le plus versatile de la terre, chez lesquels « était disparue à la mi-novembre la loi qu'octobre avait créée », — comme dit le Dante. — Venise. La liberté morte à Actium, les génies disparurent (Tacite) ; il en fut de même sous l'Empire napoléonien. La race a cependant une réelle importance. En France le génie est fréquent partout où prédominent les races belges et ligures ; il est rare chez les Ibères et les Cimbres, qui ne sont parents ni ethnologiquement ni chronologiquement. Les grandes plaines et les hautes montagnes excluent les génies, qui préfèrent les collines verdoyantes et suaves (Florence, Athènes) : il y a donc au génie des causes multiples.

L. — *Travail artistique d'un détenu* ; par les Drs Ottolenghi et Gasti (numéro de novembre). — Un détenu de la prison de Gênes a voulu recouvrir une boîte en carton et son couvercle de sculptures faites avec de la mie de pain peinte ; son travail est resté inachevé. On y voit une forêt dans laquelle est un individu avec un carnier et un fusil en bandoulière ; il a des bottes rouges et un pantalon court ; à côté de lui est un chien. Plus loin une femme assise tient un bouquet, de la verdure est à ses pieds ; au milieu, une grappe de fruits rouges ; au-dessus un ange battant des ailes. Le fond du tableau est occupé par une plage bleuâtre. Le couvercle représente une scène de brigandage. Les petites faces du couvercle sont occupées par des armoiries, des festons, des ornements divers. Ces travaux, qui rappellent les ornements de certains tombeaux antiques, montrent également les rêves du brigand qui les a faits. L'amour et le crime en font la base. C'est bien l'œuvre d'un criminel-né.

LI. — *Le cas Olivo* ; par le professeur Lombroso (numéro de

©BIUM

novembre). — C'est un très long et très intéressant travail fait par l'illustre savant suivant sa méthode ordinaire, d'un individu accusé d'avoir assassiné sa femme, puis d'avoir dépecé son cadavre ; et il conclut : c'est un épileptique, un criminaloïde mais non un criminel-né. Nous regrettons de ne pouvoir nous étendre plus longtemps sur ce point, mais ces sortes de monographies ne valent que par l'extrême rigueur du détail et ne se prêtent point à l'analyse.

LII. — *Action des réactifs décalcifiants injectés dans la carotide vers les centres nerveux* ; par le Dr Linguerri (numéro de novembre). — De petites doses de calcium amélioreraient, suivant l'auteur, l'état des épileptiques ; il lui a paru intéressant d'étudier expérimentalement l'action des réactifs décalcifiants sur les centres nerveux par des injections intra-carotidiennes suivant la méthode préconisée par Black et déjà suivie par divers auteurs. En effet, par ce procédé, il ne s'ajoute pas les causes d'erreur que l'on a par les autres méthodes d'absorption dans lesquelles se produisent des actions de la substance étudiée sur d'autres tissus que le tissu nerveux des centres. Linguerri s'est servi des sels suivants : fluorure de Na, sulfate bisodique, métaphosphate de Na et pyrophosphate bisodiques, acide pyrophosphate tétrasodique très alcalin, orthophosphate bisodique, carbonate de soude, oxalate bisodique et citrate bisodique : il a expérimenté sur des chiens et des lapins. Les résultats des diverses expériences furent concordants, ce qui montre que l'action pharmacologique est la même pour tous ces corps ; mais les manifestations et le siège furent variables, peut-être à cause des différentes modalités des anastomoses de Willis. Quoi qu'il en soit, on eut dès l'injection des phénomènes plus ou moins fugaces (sauf dans un cas) : des crampes, des contractions tonico-cloniques désordonnées, véritables accès épileptiformes généralisés ou parfois limités à une zone ou à un groupe de muscles. Dans ce dernier cas, les centres nerveux irrités étaient ceux de la région convulsée. Il y eut quelquefois de l'inégalité pupillaire par myosis transitoire unilatéral. Les sels qui amenèrent les actions les plus énergiques sont le citrate trisodique, le métaphosphate de soude, le pyrophosphate bisodique et tétra-sodique, le fluorure de sodium : il y eut deux cas de mort chez les animaux en expérience ; en somme, ce sont les réactifs de calcifiants les plus énergiques qui amenèrent les phénomènes expérimentaux les mieux caractérisés, comme cela a déjà été indiqué par Salbatini et Roncorini. Les diversités

©BIUM

des symptômes présentés dans les cas de ces auteurs et celles de Linguerri tiennent à des différences de technique.

LIII. — *Hémiplégie motrice récidivante prémonitoire d'accès d'épilepsie bravais-jacksonienne*; par le Dr Negro (numéro de novembre). — Souvent des paroxysmes moteurs, quelquefois des troubles de la sensibilité générale, suivent diverses manifestations de nature épileptique. Pour la majorité des auteurs, ces phénomènes sont dus à un épuisement momentané des centres nerveux; on rencontre fréquemment des paralysies transitoires à la suite d'accès, mais on a peu publié de cas dans lesquels la paralysie a précédé l'accès (Féré), qui peut même manquer (Pitres). L'explication théorique en est difficile. Y a-t-il chez un même sujet association de l'hystérie et de l'épilepsie? Si cela est, comment faire le départ de ce qui appartient à chaque névrose? Il est plus logique d'y voir ou un phénomène d'équivalence ou un phénomène prémonitoire. L'auteur rapporte une observation des plus intéressantes d'un de ces cas. Une femme de trente-six ans est prise de paralysie motrice complète du membre supérieur gauche qui s'étend et se complète par une hémiplégie. Elle entre à l'hôpital Saint-Jean de Turin où elle guérit en dix jours grâce à un traitement électrique. Quatre mois après, les mêmes symptômes se reproduisent, puis nouvel accès au bout de trois mois. Enfin se déclarèrent des accès d'épilepsie bravais-jacksonienne type. Après avoir examiné toutes les hypothèses possibles, il ne resta que celles d'hystérie et d'épilepsie. L'élévation de la température montra qu'il s'agit d'épilepsie. La crise étant de nature comitiale, il y a lieu de penser que les accès de paralysie antécédents étaient de même nature, peut-être dus à des troubles spasmodiques des petits vaisseaux cérébraux, analogues à ce que l'on rencontre dans la claudication intermittente.

LIV. — *A propos de la casuistique de l'acroparesthésie; recherches sur la sensibilité objective*; par le Dr Roasenti (numéro de novembre). Cette affection a déjà été étudiée par divers auteurs et en particulier par Pick (de Prague), qui a remarqué qu'à la topographie segmentaire au sens des Allemands répondait une distribution radiculaire des sensations douloureuses qu'accusent les malades. Au contraire, un malade de Bouchaud avait une distribution métamérique. Roasenti, dans le service du professeur C. Negro, a observé un cas intéressant chez une femme de vingt-huit ans qui depuis deux ans a des fourmillements, de la cuisson, la sensation de doigt mort

à gauche cinq à six fois par jour et pendant quelques minutes. Objectivement on constate de la cyanose. Depuis quelque temps la main droite se prend à son tour. Hyperesthésie limitée au niveau du coude gauche, surtout dans l'aire de distribution du nerf brachial cutané interne et du cubital, moins nette dans les autres territoires nerveux. La force musculaire est diminuée dans l'avant-bras et dans la main gauche. Ce cas est donc l'analogue de celui de Bouchaud et diffère du type Déjerine-Egger.

LV. — *La dissociation électrique et la toxicologie de l'argent, du cuivre et du mercure*; par le professeur Sabbatini (numéro de novembre). — Pour déterminer l'action physiologique propre aux différents sels, on a donné une importance toute particulière à la toxicité propre des ions. L'auteur rapporte la bibliographie de la question et étudie à ce point de vue le mercure, le cuivre et l'argent chez des chiens et des lapins. Voici les conclusions de ses recherches. Si, dans un cas d'empoisonnement par le cuivre, l'argent ou le mercure, on fait absorber du thiosulfate de soude, les phénomènes caustiques irritants et les lésions locales du tube digestif ne prédominent plus. Mais secondairement le thiosulfate de soude favorise l'absorption du métal : avec l'argent, il se produit des phénomènes d'intoxication générale très graves ; le cuivre détermine des phénomènes généraux d'intoxication sans localisations particulières. Pour le mercure, il faudrait des recherches spéciales pour déterminer les avantages du thiosulfate de soude comme antidote. Déductions théoriques : le thiosulfate de soude est bien un moyen d'immunisation contre l'empoisonnement par l'argent, le cuivre et le mercure. En excès, il supprime ou diminue la toxicité de ces métaux. Cette action peut être due ou à une propriété chimique, formation de sels doubles, transformant les ions métalliques en ions complexes, ou à la possibilité de ce fait qu'après l'élimination du thiosulfate de soude en excès, les thiosulfates métalliques très altérables se transforment en sulfures insolubles — ou bien encore à la diurèse intense que provoque le thiosulfate et qui amène comme un lavage de l'organisme. Mais cette dernière hypothèse est détruite par la rapidité toute spéciale des actions ioniques qui se produisent. On est donc amené à admettre que chez les animaux supérieurs, la toxicité des métaux dépend de leurs ions comme leur action antiseptique (Kronz et Paul) et celle sur le pénicillum (Maillard) et sur les infusoires ; et que dans

©BIUM

le sang des animaux intoxiqués par l'argent, le cuivre ou le mercure on doit trouver des ions libres de ces métaux. Sabbatini pense que ces phénomènes toxiques sont une conséquence directe de combinaisons iono-protéiques (Loeb) que les solutions salines forment avec certaines molécules organiques du sang et du protoplasma qui seraient essentiellement instables (Galeotti), suivant la loi de la thermodynamique des équilibres chimiques. Le thiosulfate de soude ferait avec les ions complexes de cuivre, d'argent ou de mercure, soustraits au sang et au protoplasma, des précipités qui diminueraient la concentration nécessaire à la formation des albumines composées et provoqueraient la dissociation de ces composés iono-protéiques. Rappelons avec l'auteur l'action bien connue des sels d'argent, de cuivre et de mercure sur les albumines des muqueuses : ils amènent une coagulation qui, comme l'a vu Sabbatini pour le nitrate d'argent, disparaît immédiatement en présence du thiosulfate de soude.

LVI. — *Sur la folie morale chez les animaux.* Lettre ouverte du Dr Lugaro au professeur C. Lombroso (numéro de novembre). — Il s'agit d'une polémique de presse à propos d'un article de Lugaro sur le traitement chirurgical de la folie morale. Dans cette analyse, je ne me préoccuperai point des griefs personnels de l'auteur mais de l'exposé de sa théorie ; il propose contre l'impulsivité une mutilation plus ou moins large de la thyroïde. Mais y a-t-il identité entre le crime de l'homme et certains actes des animaux? demande-t-il à son illustre contradicteur ; entre les perversions instinctives fondamentales et la folie morale qui consiste plutôt en une absence qu'en une perversion, absence des sentiments les plus récemment acquis par l'espèce humaine? D'après Lugaro, on doit réserver le nom de folie morale aux cas dans lesquels existe la perversion des instincts avec une férocité exceptionnelle et l'inéducabilité, sans qu'on puisse mettre ces anomalies sur des raisons de milieu, mais bien seulement sur une anomalie organique. De tels faits sont rares : à l'état de symptômes on peut les rencontrer chez des paralytiques, des alcooliques, des déments séniles, des déments précoces, des maniaques, des épileptiques, etc. Mais sont-ils identiques chez le cheval et chez l'homme? La thyroïdectomie agira peut-être sur l'impulsivité, mais à coup sûr elle ne modifiera pas les instincts pervers. Mais cette impulsivité est un phénomène fréquent chez les animaux sauvages et même chez les animaux domestiques.

©BIUM

Elle a été étudiée lorsque les physiologistes ont recherché les diverses fonctions des thyroïdes et des parathyroïdes, même à la suite d'opérations sur l'homme. Si cette action frénatrice était vraie, l'acte opératoire serait bien plus facile que lorsqu'on opère des goitres sur des thyroïdes altérées. Mais, objecte Lombroso, si elle enlève l'impulsivité, la thyroïdectomie amènera une autre cause de délits : l'apathie, et il en résultera la paresse, le vagabondage, la mendicité, allant même jusqu'à la stupidité et à l'inertie. C'est vrai, répond Lugaro, mais cette forme de criminalité est infiniment moins préjudiciable à la société que celle qui découle de l'impulsivité; on peut plus facilement y remédier. D'ailleurs, point n'est besoin de transformer un fou moral en myxœdémateux, mais de lui retirer par l'opération l'exubérance de son activité. Donc, comme conclusion, Lugaro maintient son idée et tenterait d'un « cœur léger » l'expérience sur l'homme; il n'a d'ailleurs pas la prétention de résoudre le problème, mais d'étudier par une expérience rationnelle la cause intime de la folie morale.

LVII.— *Asymétrie du crâne chez le cheval*; par le Dr Garagnani (numéro de novembre). — D'après Bassi, il y aurait un rapport étroit qui unirait chez le cheval l'asymétrie cranienne et l'épilepsie. Garagnani a étudié à ce sujet seize chevaux. Il n'a point trouvé chez eux l'épilepsie, mais un rapport constant entre l'étendue de la malformation cranio-faciale et les altérations psychiques : on peut admettre que ce rapport est celui de cause à effet.

L. Wahl.

JOURNAUX ALLEMANDS

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Année 1904.

I. — *Sur la doctrine de la démence précoce*; par le Dr Stransky (numéro de janvier). — Communication importante faite devant l'association des médecins aliénistes et neurologistes tenue à Cassel (1904), concernant le gros problème de la symptomatologie de la démence précoce. C'est en partie le long travail fort intéressant publié antérieurement par le même auteur

©BIUM

dans l'organe officiel des aliénistes viennois : *Jahrbücher für Psychiatrie.*

Pour le clinicien de Vienne, la présence temporaire des symptômes catatoniques ne permet point de poser le diagnostic de démence précoce, car de semblables symptômes se rencontrent souvent dans d'autres psychoses, surtout dans la période d'acmé de l'Amentia.

Ce qu'il y a de caractéristique pour la démence précoce, c'est la démence sentimentale (*gemütliche Verblödung*), ou, plutôt, on rencontre une dissociation, une vraie ataxie entre la vie sentimentale et la vie intellectuelle, entre le *noopsychique et le thymopsychique*, selon les expressions de l'auteur. Ce trouble constitue un signe cardinal pour Stransky, concrétisant la démence propre de la démence précoce. Dans aucune autre maladie on ne le rencontre d'une façon si nette, si ce n'est, peut-être, seulement aussi dans les cas de paralysie générale avancée.

C'est autour de cette conception fondamentale que l'auteur développe, dans son remarquable travail, la plupart de ses manières de voir sur la démence précoce. L'incoordination intra-psychique est un signe traduisant une ruine intellectuelle profonde, signe décisif pour le diagnostic et en même temps défavorable pour le pronostic, surtout alors qu'il apparaît de bonne heure.

Ensuite, il discute l'étendue du cadre de la démence précoce tel qu'il nous est tracé par Kraepelin, et parallèlement il étudie aussi celui de l'Amentia. Sur ces points, Stransky n'est pas d'accord. Dans le cadre de cette dernière affection, il ferait rentrer des cas appartenant à la psychose maniaco-dépressive, et, de même, du cadre trop étendu de la démence précoce, il défalquerait quelques cas d'Amentia.

Suivant nous, il nous semble que, entre les manières de voir de l'auteur et celles de Kraepelin, n'existe point une divergence fondamentale. Pour ce dernier aliéniste, d'ailleurs, la question de l'étendue des cadres des deux affections : de la démence précoce, d'une part, et de la confusion mentale, de l'autre, n'est point éclairée et résolue d'une façon définitive. Voir, à ce sujet, sa dernière communication faite au Congrès de Munich (1905), où il insiste précisément sur quelques problèmes de psychiatrie clinique, demandant prochainement leur solution définitive.

II. — *Sur un délire consécutif à l'abus de l'hyoscine*; par

©BIUM

le Dr C. F. von Vleuten (numéro de janvier). — L'auteur conteste la manière de voir trop exclusive de Bumke, qui affirme que, dans aucun de ses cas où eut lieu l'emploi de l'hyoscine, il n'a nullement remarqué l'apparition des troubles délirants, hallucinations et illusions sensorielles. A cet effet, Vleuten relate le cas d'un épileptique alcoolique qui se hyoscinisait depuis quelque temps. Au fur et à mesure qu'il s'administrait l'hyoscine, il se désalcoolisait. A la longue, il était arrivé à s'injecter deux seringues par jour d'une solution d'hyoscine à 0,1 p. 100; mais tout à coup il fut pris de troubles manifestes : rêves anxieux, hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité et, progressivement, délire vague, hallucinations du « déjà vu », confabulation, désorientation, etc., troubles que l'auteur considère comme appartenant uniquement à l'intoxication hyoscinique. — Après cinq jours, les troubles rétrocédèrent, pour disparaître petit à petit totalement. L'auteur exclut — trop catégoriquement, selon nous — la possibilité du delirium tremens ou de l'hallucinose de Wernicke. En même temps, il se montre partisan des vues de Konrad, qui, dans plusieurs travaux, recommande le non-emploi de l'hyoscine dans les psychoses aiguës guérissables.

III. — *Contribution à la connaissance des mouvements de l'iris*; par le Dr Bumke (numéro de février). — C'est une étude de contrôle relative au symptôme découvert par Westphal et Pilcz en 1899, et connu en neurologie sous le nom de phénomène de Westphal-Pilcz. Une analyse de ce travail ne se laisserait comprendre sans connaître préalablement les mémoires originaux fort intéressants des auteurs mêmes du symptôme susmentionné.

IV. — *Sur la maladie de Raynaud*; par le Dr Diehl (numéro de février). — Description détaillée concernant trois malades atteints de la maladie de Raynaud, et chez lesquels les troubles avaient sensiblement progressé, imminence de gangrène. L'intérêt du travail se résume dans le résultat favorable qui suivit un traitement électrique : bains faradiques, des courants non trop intenses avec changement des pôles. Contrairement à Cassirer, Diehl recommande l'électricité comme un moyen très efficace pour le traitement de la maladie de Raynaud.

V. — *Des idées délirantes intestinales dans la folie maniaco-dépressive*; par le Dr Pfersdorff (numéro de mars). — L'auteur relate plusieurs cas chez lesquels se rencontrait la

©BIUM

série des signes appartenant à l'état mixte de la folie maniaco-dépressive de Kraepelin, à savoir : humeur enjouée, excitation psycho-motrice, fuite des idées, d'un côté ; dépression, inhibition, ralentissement de la pensée, d'un autre. Il insiste spécialement sur quelques caractères des idées délirantes intestinales (hypocondriaques) qui se montraient chez tous les malades d'une façon très claire. Ces idées sont l'expression de l'inhibition psycho-motrice, avec de variables degrés d'intensité. — Si ces idées apparaissent marquées au coin du sceau de l'absurdité et de la niaiserie, on ne saurait conclure aucunement par cela à l'apparition d'une démence future.

VI. — *Des essais avec le véronal dans les états d'agitation paralytique*; par le Dr Abraham (numéro de mars). — La littérature médicale comprend une foule de travaux et d'expériences qui se rapportent à l'action et aux effets du véronal. Mais les recherches entreprises à ce sujet ont été faites chez des malades atteints de maladies bien différentes et d'une constitution toute variable. C'est une grosse erreur pour l'auteur, au point de vue des résultats scientifiques et pratiques, résultats qui ne se montrent, dans ce cas, que relatifs.

A son tour, Abraham employa le médicament d'une autre manière : il ne l'administrait que chez des paralytiques agités et bien constitués physiquement, de plus, chose intéressante, selon nous, qui avaient été traités antérieurement avec du trional.

A la suite de ces recherches, l'auteur conclut que l'action du véronal n'est point supérieure à celle du trional ; au contraire, ce dernier est à préférer contre l'agitation des paralytiques. Malheureusement, les conclusions de l'auteur ne s'appuient que sur quatre observations de paralysie générale, nombre trop restreint pour permettre une appréciation vraiment formelle. Peut-être dans ces circonstances pourrait-on appliquer les judicieuses paroles du grand maître allemand Virchow : *Non numerandæ sed ponderandæ sunt observationes.*

VII. — *Le traitement par la gymnastique dans le bain* ; par le prof. Bechterew (numéro de mars). — Les expériences ont montré au professeur de Moscou les effets thérapeutiques de la gymnastique active et passive exécutée dans le bain en cas de paralysie des membres, voire même assez grave. Le milieu (l'eau) plus dense faciliterait l'exécution des mouvements, et puis comme conséquence... des effets que l'auteur prétend éminemment d'ordre curatif (!).

©BIUM

VIII. — *L'importance de la ponction lombaire en psychiatrie* ; par le Dr Nissl (numéro d'avril). — C'est un des premiers travaux parus en Allemagne qui traite de la façon la plus détaillée, complète et exacte, les problèmes touchant les recherches sur le liquide céphalo-rachidien. Rien des opinions personnelles que Nissl nous fait connaître ne nous semble exagéré.

Il passe en revue les nombreux travaux qui abondent de nos jours sur cette question — à la mode — en les soumettant en même temps à une critique minutieuse, critique tout aussi sévère que juste.

De notre part, nous serons bref, puisqu'il s'agit ici d'une simple analyse sommaire ; nous n'aurons en vue exclusivement que les côtés originaux du mémoire.

L'auteur analyse et discute à l'aide d'un grand nombre d'observations les recherches qu'on doit entreprendre sur le liquide céphalo-rachidien, recherches cytologiques, bactériologiques, physiques et chimiques. En outre, on ne doit point négliger l'étude de l'état de la pression du liquide.

La technique est décrite par Nissl minutieusement, l'opération dans la grande majorité des cas est faite à l'aide du chloroforme, et le liquide extrait ne dépasse jamais 3 à 5 centimètres cubes.

En ce qui concerne la pression du liquide, celle-ci ne nous procure que des *résultats grossiers*, selon l'auteur, et sous aucun motif ils ne pourraient permettre de formuler des conclusions précises. Le calibre de l'aiguille, son introduction plus ou moins profonde, les mouvements exécutés par le malade, l'état de la circulation, de la respiration, etc., etc., sont autant de facteurs qu'on ne saurait ignorer.

De ses observations, Nissl a trouvé dans neuf cas la pression augmentée (épileptiques déments, un cas de crétinisme, cinq cas de démence précoce, un cas non diagnostiqué) ; chez les paralytiques généraux, rien de constant ; dans un cas de catatonie, la pression très diminuée. Il serait intéressant, selon l'auteur, d'étudier l'état de la pression dans les formes stuporeuses des affections. L'état de la circulation et de la respiration y influencent en quelque chose.

L'analyse chimique se limite à la recherche de l'albumine dans le liquide cérébro-spinal. Nissl, à cet effet, employa la méthode de Guillain-Parant avec le sulfate de magnésium. Avec celle-ci, l'auteur a remarqué dans dix-sept cas de para-

©BIUM

lysie générale, dans deux cas de syphilis, et dans des cas de méningites, un trouble et une opalescence assez accentuée. *Généralement, il est assez difficile, dans quelques cas, de se prononcer si le liquide pourrait être considéré vraiment comme clair, ou plutôt opalescent.*

Une autre méthode employée par Nissl est celle de Cohnheim (solution concentrée de sulfate d'ammonium). On mélange parties égales de cette solution avec du liquide céphalo-rachidien ; la globuline est précipitée au froid et le liquide filtré, avant d'être bouilli, est acidulé avec de l'acide acétique. Comparée à la réaction donnée avec le sulfate de magnésium, cette méthode de Cohnheim est plus sensible selon Nissl. Procédant de cette manière, on obtient *toujours* un précipité positif et même chez les normaux. D'après ces résultats constants, nous devons admettre que : *même dans le liquide cérébro-spinal normal, il existe de l'albumine coagulable, qui se comporte vis-à-vis des sels de la même manière que l'albumine.* Par contre, l'auteur observa parmi 156 essais quatre fois seulement une opalescence, et cela chez les paralytiques généraux. Il s'agissait donc ici *d'une augmentation de l'albumine avec le caractère de la globuline* ; dans les autres cas, même chez des paralytiques, le liquide restait clair. Nissl conclut par suite que : *l'albumine globulinique ne joue aucun rôle essentiel*, ni dans le liquide cérébro-spinal normal, ni alors qu'il est altéré pathologiquement.

Plus important est le dosage de l'albumine contenue dans le liquide. Nissl, à cet effet, emploie pour sa méthode le réactif d'Esbach. Quoique ce procédé ne semble pas suffisamment perfectionné, il suffit cependant pour des recherches cliniques.

Comme résultats, l'auteur affirme qu'entre les données procurées par l'analyse cytologique et celles des recherches de l'albumine, il n'y a aucun parallélisme constant, aucune proportion directe. Il a trouvé de l'albumine en grande quantité chez trois déments séniles et chez un artério-sclérotique, chez lesquels l'examen cytologique apparaissait négatif.

Enfin, d'une grosse valeur est l'*examen cytologique*. La technique de Widal et Ravaut est défectueuse, selon Nissl ; son emploi nous montre les éléments cellulaires sous un aspect déplorable. En première ligne, le défaut de la méthode consiste en ce qu'elle ne fixe pas tous les éléments ; elle ne laisse se distinguer qne de petits et grands éléments colorés d'une manière claire et foncée, des mononucléaires et des leucocytes polynu-

©BIUM

cléaires typiques; puis il y a les globules rouges et les cellules endothéliales. Cependant, toute autre méthode ne présente point un avantage supérieur à celle-ci.

Pour la coloration des éléments le bleu de méthylène peut très bien être employé; mais une méthode rapide et jolie est celle de Weigert : hématoxyline, 1.0; 100.0 alcool à 96 degrés, solution qui doit être mélangée, parties égales, avec : sesquichlorure de fer 4.0, acide chlorhydrique officinal 1.0, eau distillée 95.0.

En seconde ligne, la méthode française est défectueuse par le fait qu'elle ne permet pas d'obtenir des données précises sur la quantité des éléments. Il n'y a que les résultats extrêmes qui nous servent réellement à des appréciations diagnostiques positives : le champ microscopique comblé des éléments cellulaires ou bien d'un nombre très minime; pour les degrés intermédiaires toute affirmation est inexacte et hasardeuse. La formule que nous donne Sicard, à savoir que la présence de 3-4 lymphocytes avec un grossissement de 300-400 μ doit être considéré comme résultat négatif, ainsi que celle de Ravaut : grosse réaction (20-50 éléments), réaction moyenne (7-20 éléments), réaction discrète (4-6 éléments), et réaction nulle (2-3 leucocytes), ne sont plutôt que relatives et partant peu acceptables. Car il y a une foule de circonstances, certainement non négligeables, qui interviennent simultanément et qui empêchent des appréciations mathématiques : la forme de l'éprouvette, le résidu et ce qui reste sur les parois de l'éprouvette, après l'écoulement du liquide, la distribution inégale de la goutte sur la lame, ainsi que la répartition disproportionnée des éléments figurés dans le champ microscopique, plus grande à la périphérie, etc., etc.

Ces faits rendent plausible l'affirmation de Nissl sur la défectuosité de la technique française. Mais puisqu'on n'en possède pas une autre plus perfectionnée, on est forcé de faire usage toujours de celle-là.

En fait de résultats cytologiques, Nissl admet deux principales modalités : d'un côté, ponction positive avec des éléments très nombreux (comme dans la grande majorité des paralysies générales) ou avec des éléments en petit nombre, mais sûrement encore augmentés, et d'un autre côté ponction réellement négative ou avec des éléments plus nombreux peut-être qu'à l'état normal, mais ponction toujours négative.

Les recherches cytologiques se rapportent à 160 malades

©BIUM

atteints de différentes affections et à 6 personnes normales. En tout 218 ponctions. Les ponctions à liquide sanguinolent sont exclues du nombre.

Le tableau de la page suivante, reproduit du travail original, résume les résultats des recherches du maître de Heidelberg.

Comme on peut conclure de ce tableau, Nissl n'a rencontré qu'une seule fois la ponction lombaire négative chez les paralytiques généraux; dans le reste des cas, la lymphocytose était abondante, mais en même temps le diagnostic ne laissait aucun doute.

Il serait intéressant, dit l'auteur, de pouvoir arriver à élucider la question de la différenciation de la paralysie générale des formes inflammatoires de la syphilis cérébrale. Il semble que, dans ces dernières formes, ainsi que dans les psychoses de nature non syphilitique mais où l'infection spécifique a existé antérieurement, on trouve des découvertes cytologiques positives. Ensuite, un autre point intéressant est de connaître les résultats de la ponction lombaire au début de la paralysie générale. A ce sujet, Nissl discute les manières de voir de MM. Dupré, Joffroy, A. Marie, Duflos, etc. Enfin l'auteur allemand serait enclin à ne point exclure la possibilité de rencontrer dans les cas de paralysie générale à marche lente, alors que le processus anatomique inflammatoire est de beaucoup diminué en intensité, le liquide de la ponction lombaire contenant une quantité des éléments relativement réduite.

Sans insister davantage sur ces faits de détails, résumons les réflexions originales du professeur allemand.

Il n'y a aucun doute, affirme Nissl, que l'analyse cytologique et chimique du liquide céphalo-rachidien est un moyen d'une grande valeur pour le diagnostic de la paralysie générale. Mais on n'en doit pas moins accentuer que la lymphocytose représente seulement un signe isolé qui ne pourra être utilisé alors qu'il s'agit d'apprécier un cas donné, qu'en le rapportant à d'autres signes. Et en cas qu'on obtienne des découvertes cytologiques positives où les éléments se montrent en grand nombre, on ne saurait oublier que de pareils résultats se rencontrent, selon les constatations des auteurs, aussi dans une foule d'autres affections, dans le tabes, au cours de l'infection syphilitique, dans les formes de méningite tuberculeuse et infectieuse, ensuite dans l'alcoolisme — suivant les auteurs français; etc., etc.

A cet égard, Nissl est partisan des dires de Dupré, à savoir

©BIUM

	Nombre de cas.	Nombre de ponctions.	FONCTION POSITIVE			FONCTION NÉGATIVE	
			Cellules mononucléaires nombreuses.	Cellules mononucléaires.	Leucocytes polynucléaires nombreuses.	Peut-être un peu plus de cellules qu'à l'état normal.	Complètement négative.
A. — Cas cliniques clairs	128	163	»	»	»	»	»
Paralysie générale	28	60	56	2	1	»	1
Aliénations séniles et affections cérébrales artério-sclérotiques	12	13	»	»	»	1	12
Psychoses alcooliques (delirium tremens et paranoïa alcoolique)	6	6	»	1	»	1	4
Folie épileptique	10	10	»	»	»	1	9
Folie dégénérative; folie hystérique; hystérie traumatique	5	5	»	1	»	»	4
Mélancolie d'involution	1	1	»	»	»	»	1
Folie maniaco-dépressive	7	7	»	»	»	2	5
Groupe de la démence précoce (hébéphrénie, prohébéphrénie, catatonie, formes paranoïdes, catatonie tardive)	50	52	»	1	»	6	45
Imbécillité	4	4	1	»	»	»	3
Idiotie	2	2	»	»	»	1	1
Aphasie consécutive à l'attaque apoplectique	1	1	»	»	»	»	1
Folie choréique	1	1	»	»	»	»	1
Crétinisme	1	1	»	»	»	»	1
B. — Cas cliniques non clairs. Diagnostic différentiel avec : le groupe de la démence précoce, la folie maniaco-dépressive, la mélancolie, la folie dégénérative, l'épilepsie, l'hystérie	14	16	»	3	»	1	12
Psychose alcoolique, démence précoce ou épilepsie ?	1	1	»	»	»	»	1
Démence précoce ou paralysie générale ?	4	8	4	»	»	»	4
Syphilis cérébrale ou paralysie générale ?	4	8	»	4	»	»	4
Maladies fonctionnelles ou organiques ?	3	3	»	1	»	»	2
Maladies organiques de quelque genre qu'elles soient ?	5	11	3	2	4	2	»
Aliénations, de quelque espèce qu'elles soient, dans la polynévrite ?	1	1	»	»	»	»	1
C. — Personnes normales	6	7	»	»	»	1	6

©BIUM

que « le résultat positif du cytodiagnostic céphalo-rachidien n'indique l'existence de la paralysie générale que lorsqu'il n'existe aucune raison étiologique et clinique d'imputer à un autre processus méningitique la lymphocytose constatée ».

Pour Nissl, les recherches et les résultats cytologiques ne lui ont point permis de distinguer entre eux des processus pathologiques dits organiques où le nombre des éléments cellulaires était tout aussi grand que dans la paralysie générale.

Et puis, se demande-t-il, dans quel sens doit-on apprécier les résultats de la ponction lombaire alors qu'elle laisse voir des éléments figurés réduits dans leur nombre? Car, de pareils résultats se rencontrent dans des psychoses non organiques mais à l'origine desquelles existait l'infection syphilitique.

Plus loin, l'auteur relève quelques nouveaux problèmes d'une grosse importance et qui sont nécessaires à connaître dès qu'on prétend vouloir envisager la ponction lombaire comme une arme vraiment utile pour le diagnostic clinique.

Est-ce que nous connaissons la corrélation qui existe entre l'augmentation des éléments cellulaires et le processus morbide? Quelle est celle-ci? Savons-nous la provenance des éléments qui se laissent découvrir dans le liquide céphalo-rachidien? Mais encore, par quel mécanisme se forme-t-il, ce liquide? Jamais on n'a connu la relation intime entre le liquide ventriculaire et le liquide céphalo-rachidien. De plus, le trou de Magendie est contesté de nos jours. Il y a, en effet, communication entre le liquide et les voies lymphatiques ; mais, que connaissons-nous sur ces dernières? Tout pourrait se réduire aux phrases exprimées par Sicard dans sa monographie, à savoir que le liquide s'écoule d'une certaine manière et que les cellules qu'il contient proviennent d'une certaine source. Bref, une série de problèmes que nous ignorons complètement.

D'autre part, Nissl donne des indications pour les futures recherches. Deux sont les plus importantes : 1° il faut entreprendre des études histologiques et histo-pathologiques sur les méninges, le plexus choroïde, études qui doivent, ensuite, être comparées avec les résultats obtenus des expériences faites sur les animaux ; 2° il est nécessaire d'avoir une technique plus perfectionnée, en état de rendre visibles *tous* les éléments figurés qui se trouvent dans une quantité donnée de liquide céphalo-rachidien.

En outre, un point saillant de la question est de connaître d'une façon exacte le rapport qui existe entre les processus

méningés exsudatifs et les processus hyperplastiques sans exsudats cellulaires. Simultanément, on aura à discuter le problème de l'origine des polynucléaires. Ces cellules, selon Nissl, apparaissent dans la paralysie générale en grand nombre alors seulement que des phénomènes septiques viennent compliquer les processus pathologiques de la paralysie générale.

Enfin, dans un même ordre d'idées, il y aura à entreprendre des recherches sur le terrain de la syphilis ; arriver à distinguer les formes inflammatoires des formes non inflammatoires. Dans les premières, les données cytologiques ne diffèrent point de celles de la paralysie générale ; dans les dernières, on rencontre des éléments en plus petit nombre, mais la ponction apparaît encore positive.

En dernier lieu, le maître allemand touche le problème de la responsabilité du médecin aliéniste à l'occasion de l'opération de la ponction lombaire. Voici ses conclusions : La ponction lombaire, telle que le médecin aliéniste la pratique, dans un but de diagnostic, ne saurait être envisagée comme un procédé opératoire indifférent, au contraire, comme une opération qui, dans nombre de cas, est préjudiciable pour la santé des malades ; dès lors, notre conduite à cet effet est clairement indiquée : la demande préalable du consentement du malade, ou, en cas d'incapacité de celui-ci, le consentement de son représentant judiciaire.

Avec ce dernier point de description, nous achevons l'exposé des vues si intéressantes du professeur Nissl sur l'importance de la ponction lombaire en psychiatrie. A en juger d'après cette sévère critique, on ne saurait ne pas affirmer, avec juste raison selon nous, que la ponction lombaire, dès qu'on tente de l'envisager à un point de vue éminemment scientifique, n'est qu'un moyen d'investigation peu certain et assez inconstant. Par conséquent, sa valeur nous semble de beaucoup exagérée, surtout par quelques auteurs français.

IX. — *A propos de l'article de Kronthal* : « *Cellule et psychose* » ; par le professeur Nissl (numéro de mai). — Dans ce travail, Nissl répond aux affirmations erronées, suivant lui, formulées par Kronthal, dans son article concernant la cellule nerveuse, sa fonction, ses altérations pathologiques, etc., etc. Le contenu du travail de Nissl ne pourrait être analysé et rendu intelligible qu'en le complétant avec un résumé des vues originales de Kronthal, chose que nous allons entreprendre dans un prochain travail.

©BIUM

X. — *Un cas d'intoxication par le véronal* ; par le Dr Hald (numéro de juin). — Il s'agit d'un malade qui reçut d'un seul coup une dose massive de 9 grammes de véronal. L'auteur pense avoir pu remarquer à cette occasion un nombre de symptômes qui, paraît-il (?), seraient propres à ce genre d'intoxication ; entre autres : extension de la tête et contractions tétaniformes des muscles du corps.

A nous, il nous semble que l'observation n'est pas vraiment éloquente, et puis jusqu'à quel point une seule observation déciderait-elle?

XI. — *La symptomatologie de l'encéphalite, spécialement sur une forme épileptique de cette maladie*; par le Dr Spilmeyer (numéro de juin). — Description détaillée de l'encéphalite commune. L'auteur discute particulièrement, appuyé sur un certain nombre d'observations et à la lumière des travaux des auteurs français et allemands, la forme épileptique de l'affection, insistant sur le diagnostic différentiel, difficile à faire, surtout des tumeurs cérébrales. C'est tout, d'ailleurs.

XII. — *Psychiatrie comparée*; par le professeur Kraepelin (numéro de juillet). — Etude fort intéressante, entreprise par le maître allemand pendant son séjour au milieu des aliénés javanais de l'asile Buitenzorg (Java). Voici, en quelques mots, ses constatations importantes :

Le *climat tropical* ne semble pas exercer une influence marquante sur l'éclosion des psychoses d'une forme et d'un aspect particuliers. Les *psychoses alcooliques* manquent totalement chez les Javanais, les boissons y faisant défaut. En ce qui concerne le *paludisme*, on ne peut rien préciser de juste. Mais c'est la *paralysie générale* qu'on ne rencontre nullement. Parmi 370 aliénés de l'asile, on n'a vu aucun cas de paralysie générale, tandis que parmi les 50 Européens, il y avait 8 paralytiques généraux. En échange, la *démence précoce* était très fréquente; la folie maniaco-dépressive, au contraire, assez rare; on rencontrait, en outre, des cas assez nombreux d'épilepsie psychique.

Les psychoses ressemblaient, par leurs traits généraux, à celles des Européens; toutefois, quelques différences se laissaient observer. La constitution individuelle y entre peut-être pour une large part. Les symptômes catatoniques étaient peu manifestes ; pas d'hallucinations, ni d'idées délirantes ; d'autre part, la dépression du début et les états d'excitation étaient assez rares. Les tableaux finaux se caractérisaient surtout par de la confusion intellectuelle, absurde, sans d'autres signes

concomitants. Les formes de démence profonde qu'on rencontre dans nos asiles et à Java chez des Européens, ne s'y remarquent point chez les vrais Javanais. En général, les cas et les formes qui sont si fréquents chez les Javanais, sont rares chez nous; le mode de réaction du cerveau, le niveau intellectuel (surtout pour la genèse du délire) jouent certainement un rôle assez important.

Pour la psychose maniaco-dépressive, on remarque l'absence de la dépression, ou bien elle est très atténuée, sans idées de culpabilité, ensuite l'excitation est légère et uniforme; les accès d'excitation se répètent le plus souvent à de courts intervalles et ont une durée limitée.

Les formes morbides appelées *Amok* et *Làtah*, qu'on prétend propres à la race malaise, ne sont, la première, que notre hystérie (automatisme imitatif avec coprolalie et excitation brusque) et la seconde, notre catatonie ou épilepsie (impulsivité et troubles de la conscience sans constituer une maladie individuelle). Peut-être ces deux formes représentent encore des attaques de malaria larvée.

Comme conclusion, Kraepelin accentue l'importance d'une étude des états pathologiques chez les différentes races. La connaissance des signes psychiatriques d'un peuple nous permettra d'établir la caractéristique psychique générale. Sous ce rapport, la psychiatrie comparée est destinée à devenir une science importante pour l'étude de la psychologie des peuples.

XIII. — *Le délire alcoolique fébrile de Magnan*; par le Dr Alzheimer (numéro d'août). — L'auteur discute, devant le Congrès des médecins aliénistes tenu à Baden-Baden, la question du délire alcoolique de Magnan.

Parmi 160 alcooliques délirants, internés à l'asile de Francfort-sur-le-Mein, il a rencontré trois malades qui présentaient justement le tableau clinique du délire alcoolique fébrile de Magnan, qui, suivant Alzheimer, n'est que le délire alcoolique grave de Bonhoeffer. Appuyé sur ces trois observations, l'auteur veut démontrer que s'il existe un délire fébrile alcoolique, et il affirme qu'il existe en effet, celui-ci ne constitue point une affection particulière, mais qu'il représente, par suite de la gravité des symptômes et la température élevée, la forme la plus grave du délire alcoolique habituel. Ce délire ne guérit pas toujours; il peut passer dans la psychose de Korsakoff ou bien se terminer par la mort, celle-ci survenant non seulement à cause

©BIUM

des affections qui viennent le compliquer, mais plutôt par suite de la gravité du processus morbide même.

Ces conclusions ne nous paraissent pas se dégager trop clairement des descriptions de l'auteur. Alzheimer, selon nous, ne devait point négliger de discuter avec plus de détails et plus explicitement les vues de notre maître Magnan sur les psychoses alcooliques, spécialement sur le délire alcoolique simple, le délirium tremens associé aux affections intercurrentes et le delirium tremens fébrile. Il aurait pu constater, dans ce cas, que la distinction qu'il croit exister n'est au fond que théorique et partant peu perceptible. (Voyez les travaux de M. Magnan, entre autres sur l'alcoolisme, les centres nerveux et leçons cliniques.)

XIV. — *Quelques considérations sur le substratum anatomique de l'idiotie*; par le Dr Alzheimer (numéro d'août). — L'idiotie, si on l'envisage au point de vue strictement scientifique, n'a pas une grosse signification et importance. L'histopathologie laisse voir chez elle une série de processus pathologiques différents entre eux et dont un grand nombre nous paraissent totalement obscurs.

La micro et macrocéphalie, la micro et macrogyrie, la porencéphalie et l'hydrocéphalie, peuvent être dues à de différents processus anatomiques.

L'auteur a eu l'occasion d'examiner trois cas de microgyrie où il put relever trois causes anatomiques bien différentes : dans le premier, une méningite circonscrite avec l'altération des vaisseaux ; dans le second cas, des foyers à l'intérieur de la substance blanche avec atrophie consécutive ; enfin, dans le troisième, des lésions primitives de l'écorce. Dans d'autres cas, Alzheimer a trouvé des altérations identiques à celles propres à la paralysie générale ; le processus datait de la naissance, et à côté des signes de la paralysie générale il y avait les altérations en fonction du déficit mental. Dans un autre petit nombre de cas, il y avait des lésions ressemblant à celles de l'épilepsie essentielle.

En même temps, les prétendues idioties dues aux arrêts de développement laissent découvrir des substratum anatomiques encore différents. Et celles avec écorce fœtale sont assez rares.

Bref, les recherches ultérieures, dit Alzheimer, conduiront indubitablement à des résultats d'une grosse portée pour la psychiatrie. Car, aujourd'hui, il est certain que sous des « états idiotiques » se cachent de variables maladies ne représentant

que des formes précoces ou des affections graves, qui s'observent d'ailleurs chez les adultes. En outre, dans l'idiotie on rencontre encore des processus pathologiques caractéristiques dont l'étude est d'un grand avenir pour nos acquisitions anatomo-pathologiques et psychiatriques.

Malheureusement, de nos jours, les idiots sont très rarement soignés par des médecins aliénistes; mais, en tous cas, les médecins-directeurs des asiles d'idiots et d'imbéciles devront ne point négliger de pareilles études minutieuses.

XV. — *La fuite des idées* (Ideenflucht) *dans la manie*; par le Dr Schott (numéro de septembre). — Ce travail est une analyse des vues de Liepmann et Aschafenbourg, qui ont étudié minutieusement, et surtout au point de vue expérimental, le symptôme « fuite des idées », propre à la manie. L'auteur arrive aux conclusions suivantes : Dans la manie, il y a des troubles de l'attention qui se laissent reconnaître par une diminution du pouvoir de concentration (*Konzentrationfähigkeit*). Schott substitue ce mot à celui de distrabilité (*Ableukbarkeit*), et cela parce qu'il lui semble discutable, si vraiment les deux notions « distrabilité » et « attention » (employées par les auteurs ici mentionnés) s'excluent entre elles; ensuite, on constate encore une « productivité » psycho-motrice marquante.

XVI. — *Sur le problème de la paralysie générale stationnaire*; par C. Wickel (numéro de septembre). — L'auteur insiste sur la différence qu'on doit faire entre la rémission et l'état stationnaire de la paralysie générale. Dans la rémission, il y a une rétrogression marquée des troubles psychiques et somatiques, tandis que dans l'état stationnaire la maladie s'arrête à un stade bien moins avancé et reste ainsi pendant un temps assez long — des années mêmes — sans qu'elle subisse de changements appréciables.

A l'appui de ces dires, assez connus d'ailleurs, l'auteur relate les observations de trois paralytiques généraux classiques. Nous reviendrons prochainement sur cette question fort discutée.

XVII. — *Anciens déments précoces*; par le Dr Weygand (numéro d'octobre). — L'auteur étudie, plutôt au point de vue psychologique, la mentalité de quatre vieux déments précoces qui se trouvaient dans le service du professeur Rieger, internés depuis 1850-1858. Depuis quarante ans, aucun changement marqué ne s'était produit chez eux; ils végétaient tout simplement et ne travaillaient que mécaniquement. D'ailleurs, ils

©BIUM

étaient considérés comme des idiots et débiles. L'auteur conclut de ses recherches sur ces malades, qu'ils sont des affaiblis et déments au point de vue aperceptif. Chez eux, manque de représentations à tonalité sentimentale assez élevée, nécessaires pour faire fonction des motifs en vue d'exécution d'un acte. Ces constatations de psychologie pathologique cadrent, dit l'auteur, avec les principes de psychologie fondés par Wundt, et contredisent, d'autre part, ceux de Ziehen, Munsterberg, etc., qui veulent éclairer d'une manière trop simple les mécanismes de notre vie psychique, par des sensations et représentations.

XVIII. — *Sur le pronostic de la poliencéphalite hémorragique supérieure* (Wernicke); par le Dr Spielmeyer (numéro de novembre). — Vue d'ensemble des travaux qui traitent de la maladie de Wernicke. Pour le pronostic, c'est l'état de sensorium et l'état général qui jouent, suivant l'auteur, le premier rôle.

A la fin du travail, l'auteur affirme que la poliencéphalite hémorragique supérieure est une maladie générale due à l'alcoolisme, chose que l'on n'ignore guère aujourd'hui.

XIX. — *Symptômes apraxiques dans un cas de démence sénile*; par le Dr H. Marcuse (numéro de décembre). — Description clinique d'un cas où le tableau de l'apraxie, bien décrit par Liepmann, de Berlin, apparaissait d'une façon très nette; de plus la malade était, dit l'auteur, aphasique transcorticale.

Dr Soutzo fils, de Bucarest.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

L'Assistance des aliénés en France, en Allemagne et en Suisse; par le Dr Paul Sérieux, médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine (Ville-Evrard). 1 vol. in-4° de 1007 pages, avec 21 planches et 18 figures. Paris, Imprimerie municipale, 1903.

Ce rapport, imprimé par les soins du Conseil général de la Seine, est le résultat d'enquêtes faites sur place par M. le Dr P. Sérieux au cours de plusieurs missions dont il fut chargé, de 1894 à 1902, pour étudier en France, en Allemagne, en Italie, en Suisse, en Autriche, l'assistance des aliénés, des buveurs d'habitude, des épileptiques et des aliénés criminels. Pour donner une idée de l'importance de ce travail nous ne pouvons mieux faire que de reproduire l'appréciation de M. le professeur Joffroy à l'Académie de médecine (séance du 2 novembre 1904) : « Par la richesse de sa documentation, dit M. Joffroy, par la multiplicité des questions étudiées, par les aperçus nouveaux que l'on trouve à chaque chapitre, le travail du Dr P. Sérieux dépasse de beaucoup les limites et l'intérêt habituels des rapports officiels. C'est un véritable traité de l'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse, c'est un inventaire, précieux et unique dans son genre, de l'état, au début du xxe siècle, de l'organisation du traitement des sujets atteints de maladies mentales. »

Et M. Joffroy ajoute que c'est grâce aux voyages d'études de M. Sérieux « qu'ont été révélés en France nombre de ces « progrès de première importance qui ont métamorphosé l'as- « sistance et le traitement des aliénés dans l'Europe centrale. « Ces progrès considérables étaient cependant restés presque « complètement inconnus chez nous : tels sont les asiles- « colonies, les asiles d'aliénés criminels, les établissements « pour les buveurs d'habitude, les cliniques psychiatriques « universitaires, les hôpitaux urbains pour le traitement des « psychoses aiguës, les asiles-colonies d'épileptiques, le traite- « ment par l'alitement, etc. »

©BIUM

Nous ne pouvons ici, en quelques pages, émettre la prétention de présenter un résumé complet de ce remarquable travail.

Nous nous contenterons d'en indiquer le plan général, les idées principales et les conclusions.

En Allemagne, la réorganisation des services d'aliénés remonte environ à l'année 1860. Dès cette époque l'on s'applique à employer le non-restreint ; entraves et camisoles de force sont proscrites de beaucoup d'établissements. L'on sépare les aliénés curables des incurables, l'on organise le système des asiles-colonies avec application de l'open-door, laissant aux malades la plus grande liberté possible.

Les établissements bâtis depuis lors ne sont plus les grandes casernes de jadis. L'on n'y voit plus de cours fermées, de murs élevés, plus de barreaux, de grillages aux fenêtres, plus rien de ce qui donne à certains asiles une ressemblance frappante avec les maisons d'arrêt. Alt Scherbitz est, en Allemagne, l'un des plus beaux modèles de ces constructions modernes.

Pendant que les établissements destinés à recevoir les aliénés se modifiaient si heureusement, les Facultés allemandes s'attachaient, de leur côté, tout spécialement aux maladies mentales et à leur traitement. Toutes les Ecoles se virent dotées d'une clinique psychiatrique, clinique universitaire, consistant pour la plupart en un petit asile urbain, d'une centaine de lits environ, où l'on se mit à enseigner les « maladies du cerveau ». Cet essor donné au traitement de l'aliénation en Allemagne est l'œuvre de Griesinger ; c'est sous son influence que les prisons d'aliénés d'autrefois se changèrent en hôpitaux ; c'est lui qui fut le promoteur de l'enseignement allemand, si bien ordonné, de la psychiatrie.

L'assistance aux aliénés criminels, chez nous et à l'étranger, donne lieu à un parallèle qui n'est guère en faveur de notre organisation actuelle. Nous possédons en France le quartier spécial de la prison de Gaillon, et dès que les aliénés y ont purgé leur peine, on les transfère dans les asiles départementaux, où ils sont une cause de désordres. Malgré les efforts de MM. Dubief et Cruppi, nous n'avons encore rien pu obtenir de mieux.

Si, au contraire, nous examinons comment la question a été résolue à l'étranger, nous y voyons que presque partout nous avons été distancés.

L'Angleterre possède, pour ses aliénés criminels, un asile spécial de 563 lits, Broadmoor criminal lunatics-asylum. L'on

y reçoit surtout les aliénés ayant commis des crimes; les criminels devenus aliénés sont placés dans une annexe de la prison de Milback.

L'Ecosse possède un quartier d'aliénés criminels, annexe absolument indépendante de la maison centrale de Perth.

L'Irlande a la première possédé un asile distinct. Cet établissement, situé à Dundrum, près Dublin, remonte à 1850.

Les Etats-Unis inaugurèrent, en 1859, un quartier spécial à Auburn, mais ils construisirent, en 1886, un grand asile à Mateawan.

La Hongrie ne possède qu'un quartier à la maison d'arrêt de Budapest.

En Autriche, Russie, Belgique, la question est encore à l'étude. Il en est de même pour la Suède, le Danemark, la Hollande, l'Espagne et le Portugal.

La Norvège possède, depuis 1895, l'asile de Trondhjem.

En Allemagne, le premier pas fut fait en 1865, année où l'on créa le quartier de Bruchsal (Bade).

Mais en 1876 l'on commença à ressentir la nécessité de fonder des asiles pour aliénés détenus. Après des années de discussions et d'études l'on construisit, en 1888, le quartier annexé à la prison de Moabit (Berlin); puis suivirent ceux de Breslau (1898), Cologne et Münster (1900), Halle (1901), Graundenz (1902). Mais c'est certainement l'Italie qui occupe le premier rang pour l'organisation du service des aliénés criminels.

A l'heure actuelle, elle possède trois asiles à Montelupo, à Reggio-Emilia et à Aversa. Un quatrième est en construction à Pouzzoles. Ces établissements ne ressemblent en rien aux quartiers spéciaux, toujours exigus et mal compris. Ce sont de grands asiles centraux, ayant une autonomie absolue, recevant toutes les sortes de criminels atteints d'aliénation. C'est évidemment le pays où le problème a été le plus heureusement résolu; seuls les Etats-Unis et l'Angleterre, avec Mateawan et Broadmoor, se rapprochent de cette organisation italienne, qui semble réunir tous les vœux émis par les aliénistes.

Ce parallèle entre la France et l'étranger dénote bien, chez nous, à ce sujet, une infériorité manifeste. M. Sérieux propose de résoudre le problème de la façon suivante :

Il faut créer : 1° Un asile central d'Etat (ou bien quatre quartiers spéciaux annexés aux établissements pénitentiaires) pour les condamnés aliénés en cours de peine;

©BIUM

2° Trois asiles de sûreté régionaux pour les aliénés dangereux. On transférerait dans ces asiles de sûreté les condamnés de l'asile central, non guéris à l'expiration de leur peine.

Cette question des aliénés criminels étant résolue, l'auteur nous entretient ensuite sur l'enseignement des maladies mentales à l'étranger. En France, l'organisation de cet enseignement présente de graves lacunes. L'Allemagne, au contraire, possède, au voisinage des villes universitaires, des cliniques psychiatriques, où les étudiants et les médecins peuvent venir apprendre les maladies mentales. Ce sont de petits asiles, de deux cents lits au plus, possédant : un professeur, un médecin en chef, professeur extraordinaire, trois assistants et un médecin volontaire (ce dernier, en général, est un médecin militaire). Ces établissements, tous modernes, ne laissent rien à désirer au point de vue du confortable et de l'hygiène. Telles sont les cliniques de Giessen, d'Heidelberg, de Wurtzbourg, Halle, Leipzig, Tubingen, Strasbourg, Kiel, etc., etc...

Les élèves y sont admis trois fois la semaine, on leur présente des malades. On leur fait des conférences.

Ce n'est pas tout, l'Allemagne possède encore, dans les villes où elle n'a pas de cliniques psychiatriques, des asiles cliniques. Le personnel médical y est très nombreux : un médecin-chef, quatre assistants, un assistant volontaire. Chaque semaine, le professeur fait deux conférences de deux heures, conférences cliniques, où les élèves examinent un malade qui leur est présenté. Ces établissements siègent en Allemagne : à Berlin, Iéna, Bonn, Königsberg, Marbourg, Göttingen, Erlangen. Leur population varie entre deux cents et six cents malades.

L'Italie possède, avec l'asile de Reggio-Emilia (Université de Modène), le plus bel asile clinique qui existe actuellement. Il faut lire, dans l'œuvre de M. Sérieux, les intéressantes pages qu'il consacre à cet établissement splendide. C'est une ville véritable que Reggio, avec ses hôpitaux spéciaux pour les diverses catégories de maladies, son institut médico-pédagogique, ses exploitations agricoles, ses usines, ses laboratoires scientifiques, musées et bibliothèques. Tout concourt, en ce lieu, au bien-être des malades et à la marche de la science. C'est surtout une école de perfectionnement pour les aliénistes. Néanmoins, les étudiants de Modène y viennent le dimanche entendre des leçons cliniques.

Florence possède aussi un asile clinique. Soixante malades

seulement. Six médecins. Laboratoires superbes, vastes, outillés à merveille, bibliothèque incomparable.

En même temps que l'on créait en Allemagne « ces hôpitaux pour les maladies du cerveau », si différents des garderies d'autrefois, dont on voit malheureusement en France encore tant d'exemples, l'on réorganisait les programmes d'études médicales pour ce qui a trait à la psychiatrie. Il fut décidé que les maladies mentales feraient désormais l'objet d'un examen spécial; un stage obligatoire de six mois dans les asiles cliniques fut imposé aux futurs praticiens, et l'on donna toutes les facilités aux médecins militaires pour se perfectionner dans la psychiatrie.

L'Italie n'est pas restée en retard sur l'Allemagne. L'on y exige aussi un stage spécial dans un asile d'aliénés, et les candidats au doctorat ont à subir une épreuve portant sur les maladies mentales.

En Suisse, organisation analogue, avec, en plus de l'examen théorique, une épreuve médico-légale psychiatrique et rédaction d'un rapport médico-légal.

L'enseignement autrichien ne comporte pas de stage obligatoire, mais il existe une épreuve de psychiatrie pour les candidats au doctorat.

En Russie, un stage psychiatrique est exigé pour les médecins militaires.

En Angleterre, les cours où l'on enseigne les maladies mentales sont facultatifs.

En France, nous n'avons ni stage obligatoire, ni examen sur les maladies mentales. Malgré les interventions répétées de MM. Brouardel, Toulouse, Garnier, du professeur Joffroy, et de tant d'autres, la question, depuis longtemps soulevée, n'est pas encore résolue.

Le Dr Sérieux consacre ensuite un important chapitre de son ouvrage à l'étude des asiles-colonies à l'étranger.

Leur description détaillée est des plus intéressantes. L'asile d'Alt-Scherbitz en est le modèle. Résumons en quelques mots les particularités que présentent ces hôpitaux :

a) Absence de murs, de galeries couvertes, de grilles, de barreaux, de sauts-de-loup;

b) Pavillons très nombreux, nettement différenciés en vue de la destination spéciale bien déterminée pour chacun d'eux;

c) Surveillance continue et application du non-restreint.

Alt-Scherbitz comprend d'abord un *établissement central.*

©BIUM

Cet asile est formé de pavillons de surveillance, d'observation, d'agités, de dangereux et d'une infirmerie. Les pavillons ne possèdent qu'un étage, ils ont des vérandas, des balcons, ils sont entourés de jardins. Pas de grillages aux fenêtres; la surveillance y est extrêmement active.

En dehors de l'établissement central, c'est la *Colonie*. Dans cette dernière, les malades vivent pour ainsi dire en liberté. Ils habitent des villas, véritables petits cottages, disséminés çà et là dans un parc. L'open-door est appliqué aux malades de cette colonie.

Ceux-ci représentent environ les deux tiers de la population totale. Ce sont eux qui fournissent les travailleurs; les évasions y sont extrêmement rares. Quels aliénés y place-t-on? Ce sont en général les incurables valides et les convalescents. Pour les infirmes, les idiots, incapables de se livrer à aucun travail utile, sont réservés des pavillons qui représentent l'hospice de cet asile.

Des pavillons spéciaux sont réservés au traitement des psychoses aiguës curables. Ils se composent d'un pavillon de traitement avec surveillance continue, pour les entrants de toutes catégories, les mélancoliques, les demi-agités, turbulents, agresseurs, les intermittents au cours de leurs accès, les alcooliques et les comitiaux à crises nombreuses.

Dans les pavillons de transition, d'une surveillance bien réduite, on place les déments, faibles d'esprit, quelques épileptiques.

Les agités sont mis dans des pavillons fermés.

Les villas de la colonie ont absolument l'aspect extérieur de chalets. Chacune d'elles comporte environ 40 malades.

Elles comprennent : deux salles à manger, deux chambres de réunion en bas; au premier étage sont les dortoirs.

Comme on le voit, Alt-Scherbitz, véritable établissement modèle, réalise, au point de vue du confort, de l'hygiène, de la thérapeutique, tout ce que l'on peut souhaiter. C'est, réunis ensemble : une colonie, un hospice et un hôpital. Les malades des colonies jouissent d'une liberté relative, mais, en revanche, ils sont astreints à travailler. La proportion des travailleurs à Alt-Scherbitz varie de 50 à 80 p. 100. Sous l'active influence hygiénique et thérapeutique du travail, on voit des améliorations remarquables chez certains déments, chez des sujets jusqu'alors considérés comme incurables, stupides, incapables d'aucun ouvrage utile. La journée de travail est de 8 h. 30.

©BIUM

Si les exercices corporels ont leurs indications, il en est de même du repos, et la clinothérapie rend de grands services auprès de bien des malades. Elle est très en faveur en Allemagne. Toutes les psychoses aiguës en sont justiciables. Le lit fournit au cerveau fatigué un repos salutaire, qui profite en même temps à l'organisme entier.

L'on fait aussi, à l'étranger, un usage considérable des bains. Sous l'influence des idées de Kraepelin, le bain permanent est fréquemment employé dans les états d'agitation.

Le malade reste parfois dans la baignoire, une semaine, un mois, un an et plus. Il y mange, il y dort beaucoup mieux qu'avec les médicaments chimiques ; il s'y alimente d'une façon meilleure. Le seul défaut de ce système est d'exiger un nombreux personnel.

Travail, alitement, hydrothérapie, résument la thérapeutique des psychoses dans les asiles allemands.

Par contre, les moyens de contention mécanique y sont absolument abandonnés. C'est partout l'application stricte du non-restreint. Plus de camisoles, d'entraves, de manchons, de brise-corps. Ces instruments démodés ne servent qn'en présence de cas exceptionnels, cas chirurgicaux ; de même, plus d'isolement cellulaire et usage extrêmement modéré des médicaments hypnotiques.

Ces asiles-colonies ne répondent cependant pas à toutes les circonstances ; leur éloignement des villes, nécessaire pour obtenir une installation confortable, entraîne une incommodité qui consiste en la difficulté d'hospitaliser immédiatement les malades des grands centres, atteints de psychoses aiguës. C'est pourquoi les aliénistes allemands, émus de cette imperfection dans leur système, se sont efforcés d'y remédier par la création d'asiles urbains. Plusieurs de ces hôpitaux ont été faits dans quelques grandes villes : à Francfort (1889), à Berlin, à Breslau. Un petit hôpital de 40 lits environ suffit pour une population urbaine de 100.000 habitants. Si la psychose dure longtemps, le malade est transféré à l'asile provincial.

Des *sanatoria* populaires pour les aliénés sont projetés dans le duché de Bade, en Saxe, dans le grand-duché de Hesse, à Berlin, etc. ; les prix de pensions y sont modiques : de 2 fr. 50 à 5 francs par jour.

Une question chez nous loin d'être résolue, l'assistance aux épileptiques, a été heureusement tranchée par nos voisins. Ils ont bâti, à cet effet, des asiles-colonies spéciaux, à Wuhl-

©BIUM

garten (Berlin), à Hochweizschen (Saxe), etc., composés de pavillons de 50 lits chacun, groupés en villages, et de petites fermes. Tout autour, un terrain considérable (100 hectares), susceptible de culture. Les comitiaux valides se livrent, avec profit pour leur santé, à la culture maraîchère.

En France, nous ne possédons rien qui ressemble à ces établissements. Des projets sont déposés, des vœux sont émis, l'on en parle beaucoup, l'on s'en inquiète ; mais pour le moment la question n'est pas encore entrée dans la période d'exécution.

L'un des chapitres, auquel M. Sérieux accorde le plus de pages dans son livre, et qui d'ailleurs est de ceux qui prêtent le plus à la méditation, a trait au personnel des asiles étrangers.

Le personnel se compose en Allemagne, Suisse et Italie de : directeurs, médecins en chefs, médecins chefs de service, de seconds médecins, de médecins assistants, et enfin de volontaires.

Le nombre des médecins attachés aux asiles est de beaucoup plus grand à l'étranger que chez nous.

Un exemple pris au hasard le prouvera clairement :

Vaucluse : 1.157 malades.		*Herzberge* : 1.065 malades.	
Médecins en chef	3	Directeur médecin en chef.	1
Internes	3	Médecins-chefs	2
Total. . .	6	Assistants	8
		Médecins volontaires. . .	2
		Total. . .	13

Les médecins aliénistes ne sont pas, en Allemagne, nommés au concours, mais au choix. Ils présentent néanmoins toutes les garanties désirables. Les docteurs entrent en général vers vingt-huit ans, comme assistants, dans les asiles, et après cinq ou six années de service ils arrivent au grade de médecin traitant. Ces assistants, fort nombreux, remplacent les internes français.

Leurs attributions varient un peu suivant tel ou tel établissement, souvent ils font seuls le service, correspondent avec les parents et rendent journellement compte au directeur de l'état de leurs malades.

Le personnel infirmier est entièrement laïque, bien rémunéré, discipliné, et possède sur le personnel français une supériorité numérique très sensible.

Avec une telle organisation nous ne devons pas être étonnés de voir les statistiques plaider en faveur des établissements de

nos voisins. Les résultats thérapeutiques y sont meilleurs. Alors qu'en France nous n'avons que 30 p. 100 au plus de guérisons, les divers asiles allemands nous présentent les résultats suivants :

Clinique de Königsberg, guérisons. . .	54	p. 100
— Iéna.	50 à 60	—
Alt-Scherbitz	49	—
Grafenberg	43	—
Nietleben	33	—

A l'asile de Reggio (Italie), d'après les rapports du Dr Tamburini, la plupart des malades guéris ou améliorés ne reviennent pas à l'asile.

Les récidives se présentent chez 10 p. 100 seulement des malades.

La suite de l'ouvrage de M. Sérieux a trait à nos asiles et à leur mode de fonctionnement.

Cette description, rapprochée de celle qu'il nous a donnée des asiles allemands et italiens, n'est certainement pas à notre avantage. Ce parallèle, si pénible soit-il, a cependant une grande utilité. Il nous montre la nécessité qu'il y a pour nous à ne pas demeurer plus longtemps dans un état d'infériorité manifeste.

L'auteur décrit sommairement certains asiles départementaux.

Tous ces établissements sont, d'une façon générale, susceptibles d'un certain nombre de critiques.

a) Ils sont encombrés par les malades déversés par le département de la Seine, ce qui leur est peut-être utile au point de vue pécuniaire, mais ne l'est assurément pas au point de vue hygiénique.

b) Le terrain où ils sont bâtis est absolument insuffisant, d'où constructions entassées les unes sur les autres, cours étroites, préaux exigus, jardins minuscules, manque d'air.

c) Les services d'agités sont encombrés.

d) Les salles de bains sont généralement défectueuses.

e) Les malades manquent de distractions.

Telles sont les observations qu'il y a à faire au sujet de l'organisation matérielle de nos asiles.

Suivons maintenant l'auteur dans son enquête sur l'organisation du service médical.

« M. Sérieux, dont la tâche en l'espèce était singulièrement délicate, a eu, dit M. le professeur Joffroy, le rare mérite,

©BIUM

disons mieux, le courage de ne rien sacrifier au respect de la vérité et de dénoncer sans détours des errements dangereux, dont les malades et les recherches scientifiques supportent les conséquences. Il déclare qu'intéressante au point de vue rétrospectif, la visite de nombre de nos asiles est pénible pour ceux qui ont souci du bon renom de leur pays. Et M. Sérieux indique quelles réformes sont nécessaires pour regagner le terrain perdu. »

Pour les asiles privés, il n'y a aucun contrôle possible au sujet de la capacité des médecins et de l'attention qu'ils portent à leurs malades. Ces docteurs reçoivent le plus souvent un traitement insuffisant, qui les oblige à consacrer à la clientèle urbaine la plus grande partie de leur journée.

Pour les asiles départementaux, le directeur médecin a une tâche au-dessus de ses forces. Il doit soigner 900 ou 1.000 malades et régler en même temps une foule de questions administratives. Il est mal secondé par le médecin-adjoint, dont le poste, pour l'auteur, est une sinécure, car il n'a aucun rôle défini, aucun service distinct, aucune initiative. Quant aux internes, ils sont souvent mal recrutés, mal rétribués, et ne présentent pas toujours de garanties suffisantes, au point de vue médical. Leur nombre est trop restreint.

Le personnel de surveillance, enfin, est numériquement insuffisant. Le recrutement des infirmiers et infirmières, mal payés, laisse fort à désirer.

Avec l'organisation actuelle, nos asiles ne présentent pas, au point de vue médical, les garanties suffisantes. Ces établissements sont plutôt des garderies que des hôpitaux.

Le médecin en chef, seul responsable, doit s'occuper d'une foule de questions administratives qui lui prennent une bonne part de son temps. Chaque matin il passe « la revue » et non « la visite » de ses 1.000 ou 1.200 malades. Quel bénéfice ceux-ci peuvent-ils en tirer?

La faute en est évidemment à l'état actuel des choses. Il faudrait que le médecin-adjoint ait un rôle défini, une responsabilité. Dans nos asiles, le médecin en chef a un rôle écrasant, ce qui nuit au plus haut point au traitement des malades.

S'il était encore secondé par le médecin-adjoint! Il n'en est rien. Ce médecin, recruté au concours, et par cela même instruit et capable de rendre les plus grands services, est, de par nos règlements, réduit à l'état de personnage vain, absolument inutilisé. Le Dr Sérieux, avec tous ceux qui se sont occupés

©BIUM

de la question, réclame pour ces jeunes confrères plus d'initiative et la responsabilité d'un service confié à leurs soins.

Quant aux internes, l'auteur estime que ce corps ne peut soutenir la comparaison avec les assistants Allemands. Ceux-ci sont plus avancés dans leurs études, d'un âge plus mûr, plus nombreux, mieux rétribués, possédant plus de compétence, de responsabilité et des attributions plus étendues. Les internes sont souvent des jeunes gens qui ne comptent pas se livrer dans la suite aux études psychiatriques, et qui prennent ces postes pour préparer leurs examens. De plus, leurs fonctions étant limitées à un certain nombre d'années, ils quittent les asiles au moment où ils commencent à rendre de réels services.

Pour obvier à ces inconvénients, le Dr Sérieux propose de modifier l'état actuel des choses de la façon suivante : Les internes seront nommés pour deux ans. Au bout de ce temps ils pourront, sur demande de leur chef de service, être nommés assistants et maintenus dans ces fonctions pendant trois et quatre années consécutives.

Nous avons passé sous silence plusieurs chapitres intéressants ayant trait notamment à la nourriture, à la rétribution et à l'organisation du travail des aliénés dans les établissements étrangers, à la statistique, aux sociétés de patronage et à un grand nombre d'autres questions étudiées avec une abondance extrême de détails et de documents. Rien en effet de ce qui touche à l'assistance des aliénés (en prenant ces mots dans leur acception la plus large) rien n'a été omis.

Pour terminer l'analyse de cette véritable encyclopédie, nous dirons avec M. Joffroy : « L'œuvre considérable du Dr Sérieux n'est pas seulement un tableau fidèle et très documenté de l'état actuel de l'assistance des aliénés et du traitement des psychoses dans les principaux pays d'Europe; c'est aussi un vaste programme de réformes matérielles et morales qui, si elles sont réalisées, transformeront nos asiles d'aliénés en hôpitaux pour le traitement des maladies mentales. »

HENRI NOUET.

©BIUM

Revue des thèses de la Faculté de Lyon.

Année scolaire 1904-1905.

I. — *Etude clinique et pathogénique sur le mutisme et l'aphasie hystériques*; par le Dr Saupiquet. Th. Lyon, novembre 1904, 143 pages.

Les cas décrits jusqu'ici sous le nom de mutisme hystérique ne paraissent pas différer pour l'auteur par aucune raison clinique ni pathogénique des cas d'aphasie hystérique et lui semblent, au contraire, devoir être réunis à ceux-ci dans la même description et sous la même dénomination. Toutefois on observe dans l'hystérie des cas de mutisme qui ne doivent pas être rangés dans les cas d'aphasie hystérique, mais dans le groupe des mutismes dépressifs, car ils diffèrent des premiers, à la fois par leur aspect clinique et par leur pathogénie. La thèse contient vingt observations, dont quatre inédites recueillies dans les services des Drs Georges, Chavigny, Lannois et P. Courmont.

II. — *De la forme délirante de la méningite tuberculeuse chez l'enfant*; par le Dr Pérignat. Th. Lyon, novembre 1904, 75 pages.

L'auteur a observé, dans la clinique du professeur Weill, deux cas pouvant être décrits avec l'épithète de méningite tuberculeuse à forme délirante. Les deux observations concernent des enfants de huit à dix ans, période de la vie où il est rare de rencontrer des délires à type systématisé dans les maladies aiguës. Dans l'un de ces cas, les modifications psychiques consistaient en un délire hallucinatoire, en un délire religieux, modalités suivant lesquelles se présente le plus souvent le délire dans l'enfance. Il lui semble donc qu'on peut, à titre exceptionnel, décrire une méningite aiguë tuberculeuse à forme délirante chez l'enfant, cette variété clinique étant d'ailleurs d'un diagnostic plutôt difficile; et à ce propos l'auteur publie un cas de rage à forme délirante et hallucinatoire, observé dans le service du Dr Audry et présentant une analogie frappante avec l'une de ses observations.

©BIUM

III. — *La question des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis nerveuse*; par le Dr A. Porot. Th. Lyon, décembre 1904, 68 pages.

On s'est beaucoup enthousiasmé dans ces dernières années pour l'emploi des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis nerveuse. Les remarquables améliorations qui ont rendu plus praticable cette méthode, le rattachement à la syphilis de maladies comme le tabes et la paralysie générale, sont les deux grandes raisons qui expliquent cette fréquence de leur emploi. L'auteur ajoute un autre facteur : la crédulité médicale, que l'on a trompée en lui promettant la guérison du tabes et de la paralysie générale par cette nouvelle méthode.

Sur trente cas traités par Lannois, deux ou trois ont été guéris. Il s'agissait d'accidents légers. Dans sept autres cas il y a eu amélioration plus ou moins marquée, avec séquelles. Enfin, dans vingt cas de tabes ou de paralysie générale, il n'y a eu aucun effet. Une seule fois on nota une rémission. Pratiquement pourtant, toute syphilis nerveuse doit être traitée et de préférence par les injections.

Pour les accidents légers et de début, doses moyennes de sels solubles ; pour les cas de syphilis tertiaire, doses moyennes de sels solubles. Ne pas s'obstiner devant la persistance de séquelles, pour les tabes et la paralysie générale. Aller prudemment; cure moyenne ou intensive au début, suspendre rapidement s'il n'y a pas de résultat et faire annuellement un ou deux traitements moyens. Proscrire le traitement systématique et obstiné.

Le benzoate et le biiodure semblent définitivement consacrés comme les sels les plus pratiques.

IV. — *Du traitement de l'épilepsie essentielle par la section du sympathique cervical*; par le Dr Larroque. Th. Lyon, janvier 1905, 62 pages.

Après quelques considérations générales sur l'épilepsie essentielle et un bon exposé de la physiologie du sympathique cervical et des interventions chirurgicales en général pour épilepsie, l'auteur passe en revue les cas d'opération sur le sympathique et constate que les résultats thérapeutiques sont diversement appréciés. La plupart des cas de succès paraissent se

©BIUM

rapporter à des hystéro-épileptiques et n'ont pas tous été suivis assez longtemps après l'opération. D'ailleurs l'étude des résultats éloignés ne semble pas très favorable à la sympathectomie ; le plus souvent, celle-ci n'agit pas ou ne produit que des améliorations passagères chez les comitiaux vrais. Quoi qu'il en soit, la section du sympathique est chez l'homme une opération bénigne, sans troubles sympathiques tardifs, mais on ne doit enlever que les ganglions cervicaux supérieurs. C'est dans la pratique du professeur Jaboulay que l'auteur a puisé les matériaux de sa thèse et ce sont les observations consciencieusement suivies du service qui lui ont permis d'arriver à ses sages conclusions.

V. — *Engagement volontaire et dégénérescence mentale* ; par le Dr J. Cazeneuve. Th. Lyon, janvier 1905. 123 pages.

Au moment où des transformations profondes sont en train de s'accomplir dans l'armée, où, avec le service restreint, la base essentielle de cette armée sera constituée par des engagés et des rengagés qui en formeront comme les nervures, il est naturel que les médecins, et les médecins militaires en particulier, se demandent si le mode de sélection de ces engagés est un garant certain de leur valeur pratique. C'est ce que s'est proposé d'examiner M. Cazeneuve, élève à l'Ecole militaire de santé, sous la direction de son maître, M. le Dr Chavigny, professeur à cette école. L'auteur constate qu'actuellement, au point de vue physique, les engagés donnent, toutes proportions gardées, un déchet bien plus considérable que celui que donnent les appelés (morbidité et mortalité comprises). Ils donnent, au point de vue mental et moral, un déchet considérable et surtout une délinquance exagérée. La cause de cet état de choses, qui n'a pas été suffisamment mise en relief jusqu'ici, est la fâcheuse et fréquente tendance des dégénérés et des hystériques à manifestations mentales à contracter un engagement volontaire dans l'armée. Ces sujets s'adaptent mal aux exigences du service militaire, aussi bien en temps de paix qu'en temps de guerre, et un sort fâcheux les attend souvent, soit à cause de l'accentuation possible de leur trouble mental qui peut aboutir à l'aliénation, soit à cause des conséquences de la confusion fréquente de leurs incartades pathologiques avec de vulgaires délits. L'auteur pense que pour éviter le trop facile engagement des dégénérés, des déséquilibrés ou des hystériques à manifes-

©BIUM

tations mentales, on pourrait peut-être exiger un dossier mental. Il faudrait, en tout cas, attirer l'attention des bureaux de recrutement sur ce point. Enfin, si le dégénéré engagé se trouve traduit devant un conseil de guerre ou de discipline, il faudrait qu'il fût l'objet d'une expertise obligatoire spéciale, soit par des spécialistes, soit par des médecins militaires spécialisés. L'auteur a rappelé les conclusions conformes découlant des travaux du Congrès de Marseille, 1899.

VI. — *Etat mental de Beethoven*; par le Dr F. Vieille. Th. Lyon, février 1905, 138 pages.

Beethoven semble avoir été un artério-scléreux précoce. A l'âge de vingt-six ans, il eut une otite scléro-fibreuse bilatérale qui aboutit à une surdité complète à l'âge de quarante-trois ans. A partir de trente et un ans, l'artério-sclérose se manifesta par une cardiopathie qui amena dans la suite des troubles pulmonaires et hépatiques et enfin une ascite rebelle à tous les traitements. Cette surdité eut une fâcheuse influence sur le caractère de Beethoven, qui devint irritable, soupçonneux, et eut même l'apparence d'un misanthrope, tandis qu'au fond il resta toujours le même être plein de bonté, ne désirant qu'une chose : le bonheur de ses semblables.

La surdité retentit également sur son œuvre. Par les sentiments qu'elle fit naître dans l'âme de Beethoven, elle fut la source des œuvres sublimes de la seconde période. Elle est en même temps l'explication des erreurs commises par Beethoven dans ses dernières compositions. Celles-ci, en effet, étant écrites dans un style nouveau et n'ayant pu être contrôlées par l'ouïe, renferment des étrangetés tellement choquantes qu'on ne peut se les expliquer que par la surdité de leur auteur. Rien dans l'étude de l'intelligence et de l'œuvre ne montre en Beethoven la place d'une psychose dégénérative. Le génie est donc compatible avec un état mental parfaitement sain.

VII. — *Des interprétations délirantes et des hallucinations chez les amputés aliénés*; par le Dr P. Papillon. Th. Lyon, mars 1905, 84 pages.

L'auteur a examiné 39 amputés aliénés. Il les divise, au point de vue de la fréquence et des caractères de la sensation

©BIUM

du membre fantôme, des interprétations délirantes et des hallucinations, en cinq catégories :

A. — Ceux dont l'interrogatoire ne donne aucun renseignement, 21 cas, soit plus de la moitié des cas observés (idiots, déments, stupides, confus, incohérents) ; B. — Ceux chez lesquels la sensation du membre fantôme est normale, sans interprétation délirante ou hallucination surajoutée, 7 cas ; C. — Ceux chez lesquels l'hallucination physiologique est diminuée, cette diminution étant probablement en rapport avec un affaiblissement mémorial ou intellectuel, 3 cas ; D. — Ceux chez lesquels la présence du moignon ou la sensation du membre fantôme amène une réaction mentale excessive, sans interprétation délirante nette (une observation personnelle, cas de Pitres, etc.) ; E. — Ceux chez lesquels la présence du moignon, les douleurs qui s'y rattachent, la sensation du membre fantôme sont causes d'interprétations délirantes et d'hallucinations plus ou moins complexes, multiples ou associées, 7 cas.

La pathogénie des troubles psychiques n'est autre que celle des interprétations délirantes et hallucinations dites d'origine périphérique ; leur pronostic est variable, en rapport avec l'état mental associé et sa date de début. Le traitement devra modifier l'état de l'organe central et la lésion périphérique, et, à ce point de vue, l'auteur insiste sur la nécessité de faire examiner les aliénés amputés par un chirurgien qui pourrait juger de l'opportunité de l'intervention opératoire.

VIII. — *Délires somatiques et psychonévroses ; leur proportion relative parmi les malades internés d'office* ; par le Dr G. Matagrin. Th. Lyon, juillet 1905. 48 pages.

Travail portant sur 740 observations recueillies à la Charité de Saint-Etienne, dans le service du Dr Roux. Il s'agit donc des aliénés indigents du département de la Loire. L'auteur constate que sur ces 740 cas, 435, soit les trois cinquièmes environ, sont des cas de délire liés à une maladie organique. Il pense qu'il n'y a aucune bonne raison pour refuser à ces malades les bénéfices de la loi sur l'assistance publique et que, par suite, il appartient aux pouvoirs publics d'exiger des administrations hospitalières la création de services affectés à ces malades et en harmonie avec les obligations légales.

©BIUM

IX. — *Le traitement des tics par la rééducation*; par le Dr Gerbier. Th. Lyon, juillet 1905. 56 pages.

Application de la méthode de Meige et Feindel dans quatre cas, trois de tics vrais, avec deux guérisons et une amélioration, et un de spasme avec amélioration. Les observations sont dues à M. Porot. L'auteur y a joint quatre autres observations prises dans la littérature et des considérations générales sur les tics et le traitement rééducateur.

X. — *Contribution à l'étude du traitement du tabes par les injections de calomel*; par le Dr Drevon. Th. Lyon, novembre 1905. 77 pages.

L'auteur, dont le travail a été inspiré par le Dr Roux, de Saint-Etienne, déclare que tous les tabétiques soumis aux injections de calomel ont retiré de ce traitement un bénéfice à quelque degré. L'injection agit sur les douleurs fulgurantes, sur les troubles sphinctériens et surtout sur les paralysies oculaires. Elle semble enrayer la marche de la maladie. Aucun des tabétiques traités n'est devenu paralytique général. La tuberculose pulmonaire est la seule contre-indication au traitement.

XI. — *Les amyotrophies myélopathiques à type Aran-Duchenne d'origine syphilitique*; par le Dr C. Camus. Th. Lyon, novembre 1905, 79 pages.

Dans la dissociation de l'atrophie musculaire myélopathique du type Aran-Duchenne, il y a lieu de faire une place à une forme d'origine syphilitique. La syphilis se retrouve en effet assez souvent dans les antécédents de malades présentant le syndrome Aran-Duchenne; dans ce cas, il existe d'une façon presque constante des lésions de méningo-myélite vasculaire diffuse qui semblent primitives et entraînent secondairement la poliomyélite antérieure, et cliniquement l'affection se distingue par l'existence de douleurs traduisant l'atteinte des cordons et des racines postérieures, par le signe d'Argyll Robertson, par la lymphocytose mononucléaire du liquide céphalo-rachidien. Cette notion étiologique a une certaine importance thérapeutique, car dans quelques cas le traitement spécifique a paru capable d'amé-

©BIUM

liorer l'affection et d'arrêter l'atrophie. La thèse s'appuie sur l'étude de deux observations recueillies dans le service de M. Lannois, et contient une photographie (mains succulentes).

XII. — *Contribution à l'étude des tumeurs du cervelet. Quelques résultats éloignés à la suite de l'extirpation de tumeurs cérébelleuses*; par le Dr A. Maublanc. Th. Lyon, avril 1905, 60 pages.

Est-il possible de faire le diagnostic clinique des tumeurs du cervelet? Dans quelques cas, la tumeur évolue sans aucun symptôme et l'autopsie révèle seule la lésion. Dans 20 p. 100 des cas énumérés, on n'a que des signes d'hypertension intracranienne. Dans la moitié des cas, le diagnostic peut se faire grâce au syndrome cérébelleux plus ou moins complet (céphalalgie occipitale, vertige, titubation, démarche ébrieuse, troubles de l'ouïe et de la vue).

Pour le diagnostic cantonal (côté de la lésion), les troubles sont prédominants du côté atteint, contrairement à ce qui se passe pour le cerveau. Le diagnostic sera surtout basé sur le point précis de la douleur occipitale et de la percussion douloureuse, sur la prédominance des troubles de l'ouïe à droite ou à gauche et sur des phénomènes d'hémiparésie alterne : parésie faciale du côté de la tumeur, diminution de la force musculaire du côté opposé.

Le traitement chirurgical comprend des opérations palliatives et des opérations curatives.

Dans le premier groupe l'auteur range la ponction ventriculaire, la ponction lombaire et la trépanation décompressive. La ponction ventriculaire est à rejeter. La ponction lombaire est insuffisante souvent, parfois dangereuse. Elle peut rendre service dans les cas de tumeurs diffuses trop étendues. La décompression obtenue par la trépanation palliative sera complétée par la création d'une fistule sur la ligne de cicatrisation, fistule par laquelle s'écoulera de façon permanente le liquide céphalo-rachidien. La trépanation a donné des améliorations plus ou moins complètes dans environ 30 p. 100 des cas.

La méthode dite curative consiste dans l'extirpation de la tumeur. Elle a donné sur 100 cas 50 améliorations et quelques guérisons durables. C'est l'opération de choix. Elle donne souvent lieu, surtout pour les tumeurs de la base, à des phéno-

©BIUM

mènes de shock par suite du voisinage du bulbe et de la décompression trop rapide de ce dernier. On atténue les inconvénients si l'on fait l'extirpation en deux temps. Premier temps : trépanation et incision de la dure-mère; deuxième temps : recherche et ablation de la tumeur, à pratiquer quelques jours après le premier temps. L'opération n'empêchant pas, en général, l'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien, l'opération devra être complétée par la création d'une fistule de cicatrisation.

TH. TATY.

L'alcool e le malattie del sistema nervoso (L'alcool et les maladies du système nerveux). Leçon d'ouverture du professeur L. Bianchi, 27 pages in-8°. Extrait de « Il Tommasi » 1906, n° 23. Naples.

Les maladies nerveuses et mentales ont une importance sociale immédiate en raison des troubles qu'elles sont susceptibles d'apporter dans les fonctions de relation ; on conçoit donc quelle valeur acquièrent les intoxications, grâce à l'influence néfaste qu'elles exercent sur la qualité de la descendance. Or, l'intoxication qui imprime la direction la plus sûrement anormale aux fonctions du système nerveux et partant à l'existence et à l'avenir de l'individu et de la famille est l'intoxication alcoolique.

Les diverses recherches entreprises depuis 1879 ont démontré que, de tous les alcools connus, l'alcool éthylique était de beaucoup le moins toxique. On peut donc se demander s'il est véritablement juste d'aller avec Forel jusqu'à dire que l'alcool est toujours le meurtrier de l'âme et du corps.

L'usage des boissons alcooliques remontant à la plus haute antiquité, l'extension de la culture de la vigne, partout où le climat le permet, marchant de pair avec les progrès de la civilisation, il est urgent de savoir au point de vue hygiénique, économique, politique et pathogénique, si l'alcool, pris à une certaine dose, est un aliment, ou s'il est toujours et dans tous les cas un narcotique. Or, chimistes et biologistes sont loin de s'accorder sur le point de savoir si l'alcool, dont la chaleur de combustion est assez élevée, est brûlé dans l'organisme. Cependant il semble résulter des recherches les plus récentes que l'alcool pris en petite quantité et dilué est oxydé dans l'organisme, c'est-à-dire utilisé, et que, peut-être, chez cer-

©BIUM

taines races et par suite de l'accoutumance, cette utilisation de l'alcool se fait mieux que chez les autres peuples.

Il est donc nécessaire de rechercher la limite au delà de laquelle l'alcool, cessant d'être un aliment, devient un poison, mais en opérant dans les conditions habituelles de la vie. Il semble que la quantité journalière d'un litre de vin de 8 à 9 degrés prise aux repas, soit la quantité susceptible d'être oxydée sans action nuisible. Au delà de cette dose, les propriétés de l'alcool sont négatives. En effet, le préjugé populaire qui veut que l'alcool augmente la température du corps est faux ; il l'abaisse au contraire, grâce à la propriété dont il jouit de paralyser les centres vaso-constricteurs du cerveau. De même, le vieux préjugé est faux qui veut que l'alcool renforce et clarifie l'intelligence : bien au contraire, l'alcool diminue le pouvoir de perception et le pouvoir de discernement, il a généralement une action paralysante sur les fonctions psychiques ; il en est de même pour la force musculaire qui, augmentée au début sous l'influence de l'alcool, subit ensuite une diminution rapide qui peut aller jusqu'à la paralysie et qui persiste pendant un long temps.

L'alcool, qui paralyse les vaisseaux, les muscles, le pouvoir mental, est aussi un narcotique de la conscience. Si, comme on le dit, l'alcool délie la langue, c'est parce qu'il paralyse le pouvoir inhibiteur. Personne aujourd'hui ne peut donc nier l'influence dégénérative exercée par l'alcool sur l'individu, sur la famille et sur la race. A l'aide des seuls documents fournis par les entrées aux hôpitaux, Raymond (de Paris) estime à 10.000 par an le nombre de ceux qui à Paris deviennent des inutiles, grâce à l'abus de l'alcool. Cet abus détermine aussi une augmentation dans le nombre des suicides, des criminels, des épileptiques. En Italie, de 1860 à 1870, l'impôt sur l'alcool a donné un produit qui est passé de 6.660.000 lires à 14.500.000 lires. En même temps la criminalité et le paupérisme ont augmenté ainsi que les suicides. Colajanni et Durckheim ne veulent pas voir là un rapport de causalité ; mais en admettant que le suicide par exemple ne dépende pas directement de l'alcoolisme, nous n'en sommes pas moins obligés d'admettre que l'alcoolisme, outre qu'il a avec le suicide des causes semblables, concourt avec les facteurs sociaux et héréditaires à l'augmentation progressive du pourcentage des suicides.

Pour les délits, l'influence de l'alcool n'est pas niable :

©BIUM

« L'alcool est l'ami généreux de la criminalité, il délivre souvent le passeport du délit », car le criminel demande à l'alcool de faire taire la peur et le remords, si toutefois il est susceptible encore de craindre et de se repentir. L'alcool endort toutes les voix avec lesquelles la nature parle à la conscience humaine ; il supprime le contrôle de la raison et facilite l'exécution du délit sollicité et conseillé par les passions basses et les instincts égoïstes. Presque tous les criminels que le professeur Bianchi a eus en observation avaient commencé par boire, et si d'autre part beaucoup de criminels ne sont pas buveurs, du moins sont-ils fils de buveurs. D'ailleurs l'alcoolisme est héréditaire, et dans tous les cas, que l'alcoolisme se transmette directement ou qu'il engendre chez les descendants l'idiotie, l'imbécillité et l'épilepsie, le déchet est considérable et atteint jusqu'à 85 p. 100 chez les fils de buveurs. Tel est le résultat final de la parésie germinative du spermatozoïde et de l'ovule.

Il devient donc nécessaire d'appeler l'attention des médecins sur ces faits, dans une région où l'on a si souvent dit que l'alcoolisme était moins fréquent et moins grave qu'ailleurs. Si le pourcentage est moins élevé dans les provinces méridionales que dans la haute Italie, en France, en Allemagne et en Belgique, il n'en est pas moins alarmant.

Sur 87 cas de paralysie générale, 26 fois le professeur Bianchi a reconnu l'action funeste de l'alcool. De 1901 à 1905, sur 1.814 hommes entrés dans son service, il a noté 314 alcooliques avérés. Actuellement, sur 632 présents, il compte 113 alcooliques (17,8 p. 100). En outre, de novembre 1902 à janvier 1906, sur 779 malades traités à la section des maladies nerveuses, 154 étaient nettement des alcooliques.

En somme, les effets pernicieux de l'alcool sont évidents. Si l'alcoolisme est plus fréquent dans la classe ouvrière, il semble que ce soit parce que l'ouvrier cherche dans l'alcool l'oubli de ses misères. On a observé que dans l'Italie du sud les zones d'alcoolisme coïncident souvent avec les zones malariques ; cela est dû à ce que ces régions sont habitées par une population misérable, et à ce qu'est trop ancrée cette idée que le vin est un bon préservatif contre la malaria.

Notre devoir est de lutter contre les causes qui affaiblissent notre race : nous buvons plus de vin que nous n'en pouvons oxyder ; nombreux sont ceux qui, prenant par jour deux bouteilles de vin, absorbent ainsi 150 à 200 grammes d'alcool, sans compter les excès de jours de fêtes. La consommation du vin à

©BIUM

Naples est passée de 98 litres à 125 litres par habitant en 1901-1902.

Si nous voulons ne pas nous trouver un jour dans la situation périlleuse que connaissent aujourd'hui les peuples du Nord, n'attendons cependant aucune aide du pouvoir législatif. La loi vaut peu si elle n'est aidée et renforcée par l'éducation populaire, et celle-ci doit tendre à montrer que l'alcool n'est pas toujours une eau de vie mais un poison pour l'individu et pour la race. Celui qui peut dispenser cette instruction avec la plus grande et la plus efficace autorité, est le médecin.

Dans tous les cas, il importe avant tout d'empêcher l'introduction et l'usage chez nous des alcools d'industrie. Notre œuvre ne peut se limiter au diagnostic et au traitement des maladies particulières, elle doit s'élever à la hauteur des problèmes sociaux qui ne peuvent être résolus qu'à la lumière des sciences biologiques.

LUCIEN LAGRIFFE.

Sopra le alterazioni del sistema nervoso nel mixedema pose-operatorio e sulla funzione dell' ipofisi (Sur les altérations du système nerveux dans le myxœdème post-opératoire et sur la fonction de l'hypophyse); par le Dr Guido Garbini. Broch. in-8°. Extrait du *Bollettino ed Archivio dell' Istituto Umbro di Scienze e Lettere*, 1906.

Une goitreuse de trente-six ans, présentant de la tétanie et du pharyngo-spasme, subit la thyroïdectomie. Les attaques tétaniques diminuent, en même temps qu'apparaissent les symptômes somato-psychiques du myxœdème. La malade meurt de cachexie trois mois après l'opération. L'autopsie ne révéla rien autre qu'un état œdémateux de la pie-mère cérébrale. L'examen histologique a donné des résultats qui sont appréciés comme suit par l'auteur :

Les altérations cérébro-spinales sont dues aux toxines circulant dans le sang à la suite de la thyroparathyroïdectomie totale; ces toxines agissent directement et primitivement sur les cordons postérieurs de la moelle et sur les faisceaux pyramidaux; les lésions graves des cellules motrices spinales n'apparaissent que lorsque les accès tétaniques sont fréquents et intenses. Le gonflement des granulations chromatiques de Nissl et l'aspect obscur des cellules motrices spinales indiquent un

©BIUM

état de tension cellulaire qui s'explique cliniquement par l'hypertonicité musculaire. L'hypophyse et la thyroïde ne semblent pas avoir une fonction vicariante mais au plus une fonction analogue de protection de l'organisme. Les vacuoles de Rogorwitsch et de Wolf, les plasmosomes de Guerrini et les espaces cytoplasmatiques des cellules de l'hypophyse sont une même chose, les vacuoles représentant les espaces laissés libres par les plasmosomes. Les plasmosomes sont solubles dans l'acétone et se fixent bien avec l'acide osmique. La substance colloïde représente vraisemblablement une transformation des plasmosomes. La sécrétion des cellules de l'hypophyse provient des granulations et des plasmosomes. Il est logique de penser que c'est à la suppression de l'une ou l'autre de ces sécrétions, ou à la prédominance de l'une sur l'autre qu'il faut attribuer les conclusions diverses ou contradictoires auxquelles ont été amenés les auteurs qui ont étudié au point de vue clinique ou expérimencal l'action sur l'organisme du suc hypophysaire.

LUCIEN LAGRIFFE.

Les enfants vagabonds aliénés; par le Dr Victor Parant fils. 19 pages in-8°. Lagarde et Sébille, édit., Toulouse, 1907.

Dans cette courte note, communiquée au VIIe Congrès national du Patronage des libérés (Toulouse, mai 1907), M. Victor Parant a réuni un certain nombre de faits de vagabondage pathologique observés chez des enfants ou chez des jeunes gens. Tous les cas qu'il a pu recueillir dans la littérature lui paraissent ressortir à l'une des trois modalités cliniques suivantes : états de débilité mentale (débiles, imbéciles, idiots), — névroses et états mentaux épisodiques (épileptiques, hystériques, neurasthéniques, obsédés), — états délirants (délires systématisés, hébéphrénie). Il y a double intérêt à ce que distinction soit faite entre ces malades vagabonds et les vagabonds professionnels : l'on pourra d'abord prévenir nombre de crimes ou de délits liés à ce vagabondage morbide; l'on évitera ensuite à des irresponsables des condamnations imméritées et d'ailleurs sans action. Il suffira, pour obtenir pareil résultat, d'avoir plus souvent recours à un examen médical compétent.

GEORGES VERNET.

©BIUM

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Doutrebente. Responsabilité des médecins praticiens et des médecins aliénistes à propos de l'internement des aliénés. 4 pages in-8°. Pxtrait des *Annales médico-chirurgicales du Centre*. Tours, s. d.

Dubuisson (Maxime). Une enquête nécessaire. 2 pages in-8°. Extrait de l'*Informateur des aliénistes et des neurologistes*, avril 1907.

Antonini (Joseph). La loi sur les asiles d'aliénés en Italie et les aliénés criminels. 11 pages in-8°. Extrait des *Actes du VI^e Congrès international d'anthropologie criminelle*. Turin, 1907.

Doutrebente. La réforme du régime des aliénés. 7 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-chirurgicales du Centre*. Tours, avril 1907.

North. Seventh annual report of the medical superintendent of the Dannemora State hospital, Dannemora, N. Y., for the year ending september 30, 1906. 22 pages in-8°, s. l. n. d.

Doutrebente. La réforme du régime des aliénés (Sorties définitives. — Sorties provisoires. — Responsabilité des médecins. — Des aliénés dits criminels). 3 et 4 pages in-8°. Extraits des *Annales médico-chirurgicales du Centre*, numéros des 12 et 19 mai 1907.

Olivier (Maurice). Aphasie d'émission et de réception totale; amnésie rétro-antérograde généralisée chez une hystérique ayant présenté antérieurement du délire hallucinatoire, des crises convulsives et des accidents cataleptiques. 8 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-chirurgicales du Centre*, janvier 1907.

Binet (Alfred). L'Année psychologique. Treizième année. 1 vol. in-8°, de 495 pages. Paris, Masson et C^ie, 1907.

W. H. Cox. De gelaatsuitdrukking bij contractie van den M. frontalis en M. orbicularis oculi. 20 pages in-8°, avec planche. Extrait du *Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1902.

Mongeri (Luigi). L'assistance des aliénés en Turquie. 10 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus du II^e Congrès international de l'assistance des aliénés*. Bologna, 1907.

A. Pieraccini. L'assistenza dei pazzi nel manicomio e nella famiglia. Instruzioni elementari per infermieri ed infermiere. 2^e édition, avec une préface du professeur E. Morselli. 1 vol. in-18, des *Manuali Hoepli*. Milan, Ulrico Hoepli, 1907.

C. Lloyd Tuckey. Treatment by hypnotism and sugges-

©BIUM

tion or psycho-therapeutics. 5e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8°, cart. à l'anglaise, de XXVIII-418 pages. Londres. Baillière, Tindall and Cox, 1907.

W. H. Cox. Degeneratie (Eene copulativo-gene correlaties-toornis). 77 pages in-8°, avec tableaux statistiques. Extrait du *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, 1907, n° 1.

V. Parant. Les enfants vagabonds aliénés. 19 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus du VIIe Congrès national de patronage des libérés*. Toulouse, 1907.

Selvatico Estense. La pazzia fra i popoli non Europei. Cenni di psichiatria etnografica. 27 pages in-8°. Extrait des *Ricerches etudi di Psichiatria*, *Nevrologia*, *Antropologia e Filosofia*, dedicati al prof. Enrico Morselli nel 25° anniversario del sus insegnamento. Milan, Francesco Vallardi, 1906.

V. Parant. A propos de la nouvelle proposition de loi sur le régime des aliénés. 7 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société d'Etudes législatives*. Paris, Arthur Rousseau, 1907.

Archambault (Paul). De la contagion de la folie. 8 pages in-8°, du *Petit indépendant médical*, n° 5. Tours, 1907.

Shepherd Ivory Franz. On the functions of the cerebrum the frontal lobes. 64 pages in-8°. Extrait des *Archives of psychology*. New-York, mars 1907.

Picard. Impressions et souvenirs d'un aide-major du 12e régiment de mobiles (Nièvre) pendant la campagne 1870-71. 40 pages in-8°. Nancy. Imprimerie Louis Kreis, 1907.

American medico-psychological Association. Report of Committee on training Schools for Nurses. 24 pages in-8°. S. l. n. d.

W. H. Cox, d'Utrecht. Aprioristische en vrije vorstellingen. 32 pages in-8°. Extrait du *Psychiatrisch en Neurologische Bladen*, 1907, n° 2.

Dreyfus (Georges L.). Die Melancolie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Eine klinische Studie. 1 vol. in-8°, de 329 pages, avec une préface du professeur Emile Kraepelin. Iéna, Gustav Fischer, 1907.

Perrier (Louis). Les obsessions dans les psychonévroses. Etude psycho-clinique. 139 pages in-8°, avec planches. *Thèse* de Montpellier, 1907.

Muggia (Giuseppe). Concetto e limiti della demenza precoce. 40 pages in-8°. Extrait de *Il Morgagni*, 1907, n° 6.

Dufour (Henri). Séméiologie des maladies du système nerveux (Neurologie-Psychiatrie). 1 vol. in-18, cartonné toile, de 600 pages, avec figures dans le texte. Paris, Octave Doin, 1907.

©BIUM

VARIÉTÉS

ARRÊTÉ MINISTÉRIEL RELATIF A UN CONCOURS POUR LES POSTES DE MÉDECIN EN CHEF DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE.

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
Vu l'arrêté ministériel du 31 juillet 1907;
Vu le rapport du préfet de la Seine, en date du 31 août 1907;
Sur la proposition du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques;

Arrête :

Art. 1er. — Un concours sera ouvert toutes les fois qu'il y aura lieu de pourvoir à un poste de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, à l'exclusion des postes de directeur-médecin des colonies familiales, dont les titulaires continueront à être nommés comme par le passé.

Art. 2. — Par mesure transitoire, un poste sur deux sera réservé au fur et à mesure des vacances dans les asiles de la Seine aux directeurs-médecins des colonies familiales actuellement en fonctions.

Art. 3. — Les concours dont les opérations s'effectueront à Paris, par les soins de la préfecture de la Seine, sont annoncés au moins un mois à l'avance par des affiches qui sont apposées à Paris et dans la banlieue, dans les endroits publics les plus apparents; dans les départements, au siège de la préfecture et, s'il y a lieu, à la Faculté de médecine et à l'asile départemental d'aliénés.

Art. 4. — Sont admis à prendre part au concours les directeurs-médecins des colonies familiales de la Seine; les directeurs-médecins et médecins en chef et les médecins adjoints des asiles publics, asiles privés faisant fonctions d'asiles publics et quartiers d'hospices de France, à la condition qu'ils aient occupé effectivement un poste dans un de ces établissements pendant une période d'au moins deux ans et qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de cinquante ans, au moment de l'ouverture du concours.

Art. 5. — Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter à la préfecture de la Seine (direction

©BIUM

des affaires départementales, service des aliénés, 1er bureau, 2, rue Lobau, Paris), pour obtenir leur inscription, en déposant les certificats ou diplômes constatant qu'ils remplissent les conditions d'exercice prescrites par l'article 4.

Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande d'inscription faite après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne peut être accueillie.

Art. 6. — La liste des candidats admis à prendre part au concours est arrêtée par le ministre de l'Intérieur, après avis du préfet de la Seine, et close quinze jours avant la date de l'ouverture du concours.

Art. 7. — Dès que la liste des candidats est close, les membres du jury qui doivent être ainsi désignés conformément aux dispositions de l'article 9, sont tirés au sort par les soins d'une Commission composée d'un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, président; d'un délégué du préfet de la Seine et de deux membres délégués par la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département.

Chaque candidat peut se présenter à la préfecture de la Seine pour connaître la composition du jury.

Art. 8. — Tout degré de parenté ou d'alliance, jusque et y compris le sixième degré, entre un concurrent et l'un des membres du jury, ou entre les membres du jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration.

Si les concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit et cachetée, adressée au préfet de la Seine. Les candidats ont cinq jours, à partir de la constitution définitive du jury, pour formuler leurs réclamations.

Art. 9. — Le jury est composé comme suit : Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, nommé par le ministre, président;

Un professeur ou agrégé, choisi par le ministre de l'Intérieur sur une liste de trois noms présentée par la Faculté de médecine de Paris;

Deux médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine;

Un médecin en chef appartenant : soit à la Maison nationale de Charenton, soit aux quartiers d'hospice de Bicêtre ou de la Salpêtrière, soit à l'infirmerie du dépôt près la préfecture de police;

Deux directeurs médecins ou médecins en chef des asiles publics des départements autres que la Seine.

Deux suppléants, dont l'un pris parmi les médecins en chef

©BIUM

des asiles de la Seine, et l'autre parmi ceux des asiles des autres départements.

Les listes des médecins parmi lesquels sont tirés au sort les membres du jury sont arrêtées par le ministre, sur la proposition du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, après avis du préfet, et ne doivent comprendre que des médecins comptant au moins cinq années de grade et n'ayant pas pris part aux opérations du précédent concours, aucun juge, sauf le président, ne pouvant faire partie de deux jurys consécutifs.

Sont adjoints au jury, avec voix consultative :

Le chef du service des aliénés de la préfecture de la Seine et le chef du 1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur.

En outre, un secrétaire administratif est désigné, par arrêté préfectoral, pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

Art. 10. — Si un membre du jury, pour un motif quelconque, ne peut assister à une séance du concours, il ne pourra plus continuer à siéger dans le jury dudit concours ; mais le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins.

Art. 11. — Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante ;

1° Une épreuve écrite de pathologie mentale, pour laquelle il sera accordé quatre heures ;

2° Une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. Le candidat aura une heure pour l'examen des deux malades, vingt minutes de réflexion et trente minutes d'exposition ;

3° Une épreuve écrite sur l'examen de deux aliénés dont l'un sera l'objet d'une consultation, l'autre l'objet d'un rapport médico-légal. Il sera accordé au candidat trente minutes pour examiner chacun des malades et trois heures au total pour rédiger le rapport et la consultation ;

4° Une épreuve écrite sur une question relative aux soins à donner aux différentes catégories d'aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures ;

5° Une épreuve de clinique médicale ordinaire portant sur un malade. Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen, vingt minutes de réflexion et vingt minutes d'exposition ;

6° Une épreuve sur titres. Les points de l'épreuve sur titres sont donnés au début du concours.

Art. 12. — Le maximum des points attribués à chacune des épreuves est fixé à 30.

©BIUM

Dans le cas où le nombre des candidats ayant pris part aux deux premières épreuves est supérieur au quadruple du nombre des places, ces deux premières épreuves peuvent être considérées comme éliminatoires pour la moitié des candidats.

Art. 13. — La police générale du concours est confiée au jury, qui détermine notamment les règles à appliquer au choix des compositions, à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où doivent être subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades qui seront l'objet de ces épreuves et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

Art. 14. — En dehors du jury et du secrétaire administratif, sont seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites, les candidats appelés à prendre part au concours. Les épreuves orales sont publiques.

Art. 15. — A la fin de chaque séance, il est donné publiquement connaissance aux candidats du nombre des points qui leur sont attribués.

Art. 16. — Les candidats qui ont passé avec succès les épreuves du concours sont, en cas de plusieurs places vacantes, classés par le jury dans l'ordre de mérite ; ils font alors choix des places à attribuer, suivant leur ordre de classement.

Art. 17. — Les arrêtés préfectoraux investissant les intéressés de leurs fonctions, les arrêtés ministériels déterminant le traitement à leur allouer, et la date de leur entrée en fonctions, sont pris dans les mêmes formes que les arrêtés relatifs aux médecins des asiles des autres départements.

Art. 18. — Les frais du concours sont à la charge du département de la Seine.

Art. 19. — Le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique au ministère de l'Intérieur et le préfet de la Seine sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 11 septembre 1907.

G. Clemenceau.

Concours pour la nomination a une place de médecin adjoint du service des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Un concours public pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sera ouvert le lundi 25 novembre 1907, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

©BIUM

Messieurs les docteurs qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au Service du personnel de l'administration, de midi à 3 heures, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, du lundi 21 octobre au samedi 9 novembre inclusivement.

Les candidats qui se présentent aux concours ouverts pour les places de médecin adjoint des quartiers d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière doivent justifier de la qualité de Français et être âgés de vingt-huit ans au moins.

Ils doivent justifier de cinq ans de doctorat.

Pour les candidats ayant été internes en médecine dans les hôpitaux et hospices de Paris ou dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, les années d'internat seront comptées comme années de doctorat.

Les candidats doivent se présenter au Service du personnel de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre chargée.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*)

81. *Un drame sur une locomotive.* — Sous ce titre, *La Liberté* publie, dans son numéro du dimanche 30 juin 1907, le fait suivant qui lui est télégraphié de Bruxelles :

Un drame émouvant s'est déroulé cette nuit sur la plateforme d'une locomotive.

Le mécanicien d'un train de marchandises, qui stationnait en gare du Nord, à Bruxelles, a lancé son train à toute vitesse sur la voie d'Anvers, et le convoi, malgré tous les signaux, franchit à une allure vertigineuse une dizaine de gares.

Le chauffeur, comprenant que le mécanicien était devenu fou et qu'une catastrophe allait se produire, engagea une lutte terrible avec lui et réussit à le maîtriser au moment où le train dépassait Malines. Il arrêta alors le train.

C'est miracle qu'aucun accident ne se soit produit, car sur cette voie il passe cinq ou six trains à l'heure.

82. *Fratricide.* — On télégraphie de Mende (Lozère) au *Petit Temps* (numéro du jeudi 27 juin 1907) :

« Un cultivateur nommé Albert Paris, demeurant à Saint-Frezal-de-Ventalon, près du pont de Montvert (Lozère), qui donnait des signes de dérangement cérébral, avait été enfermé par sa famille dans une chambre.

« Trompant la surveillance, il a sauté par la fenêtre et s'est sauvé dans la campagne.

©BIUM

« Son frère se mit à sa poursuite, le rattrapa et voulut le ramener de force à la maison ; mais le fou, avisant une pelle, s'en saisit et en porta plusieurs coups à son frère, si violents que ce dernier s'affaissa le crâne fendu. Il mourut peu après. »

83. *Tentative d'homicide et de suicide.* — Grand émoi hier, 105, rue Nollet. Un nommé Jean Perrabon, âgé de trente-huit ans, devenait subitement fou furieux, et, armé d'un rasoir, menaçait tout le monde de son arme. Ce fut une fuite éperdue des locataires et des passants. On évita heureusement les attaques du dément et on courut aviser les agents de police, qui s'empressèrent d'accourir.

A la vue des gardiens de la paix, Perrabon s'enferma dans sa chambre. Quand les agents réussirent à y pénétrer, avec mille précautions, le fou gisait à demi-mort sur le plancher, dans une mare de sang. Il s'était horriblement tailladé la gorge.

Perrabon a été transporté, dans un état des plus alarmants, à l'hôpital Beaujon. (*Le Matin*, numéro du dimance 30 juin 1907.)

84. *Suicide.* — M^lle^ Madeleine L..., âgée de quarante-cinq ans, courtière en diamants, qui habitait avec ses parents un appartement au cinquième étage, 32, boulevard Haussmann, s'est suicidée hier, dans une crise de neurasthénie, en se jetant par la fenêtre. Elle vint s'abattre sur le pavé d'une cour intérieure où la concierge et divers locataires de l'immeuble la relevèrent, le crâne fracassé. La mort a été instantanée. On prévint aussitôt M. Tanguy, commissaire de police du quartier de la Chaussée-d'Antin, qui a procédé aux constatations d'usage. (*Le Temps*, numéro du jeudi 18 juillet 1907.)

85. *Tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du dimanche 28 juillet 1907) :

La rue Daguerre, habituellement si paisible derrière le cimetière Montparnasse, a été mise en émoi, hier matin, par un drame, dont le principal acteur, un ouvrier mécanicien, Joseph Poulot, âgé de quarante-sept ans, est atteint, depuis plusieurs mois, de la folie de la persécution.

Habitant une petite chambre, au sixième étage de la maison sise 51, rue Daguerre, Joseph Poulot croyait formellement être en butte à des tracasseries de la part des époux Ménétrier, de braves ouvriers, qui habitent l'étage inférieur.

Chaque fois qu'il rencontrait dans l'escalier de l'immeuble, soit le mari, soit la femme, Poulot leur adressait de vagues menaces, auxquelles M. et M^me^ Ménétrier ne prêtaient point attention.

Cependant, hier matin, alors qu'il se rendait à son travail, M. Ménétrier croisa Poulot dans l'escalier. Sortant une enve-

©BIUM

loppe de la poche de son veston, l'ouvrier mécanicien la tendit à son « persécuteur » en lui disant :

— Tenez, voilà pour vous.

Et, comme M. Ménétrier se montrait quelque peu étonné, Poulot ajouta :

— Oui! et puis, j'aime mieux régler nos comptes tout de suite.

Sortant alors un revolver de sa poche, il en tira trois balles sur M. Ménétrier, qui fut atteint à la tête, au bras et au flanc. Pendant que le concierge et les locataires, affolés, s'empressaient autour du blessé, qui était conduit dans une pharmacie, Poulot remontait précipitamment chez lui et s'y barricadait, non sans avoir menacé de tuer le premier qui tenterait d'entrer chez lui.

Prévenu de ce qui venait de se passer, M. Boissac, commissaire de police du quartier de la Santé, accompagné de son secrétaire, M. Sorlin, et de l'inspecteur Gressin, se rendit 51, rue Daguerre, et monta directement au cinquième étage. Dans la rue, un cordon de gardiens de la paix maintenait à une certaine distance la foule, accourue nombreuse près de la maison du drame.

On s'attendait, dans le public, à ce que le meurtrier mît ses menaces à exécution et tirât sur le commissaire. Fort heureusement, il n'en fut rien, et, quand après avoir frappé, M. Baissac se fit connaître, Poulot ouvrit tranquillement sa porte et se laissa emmener.

Au commissariat de police, il déclara qu'il en voulait aux époux Ménétrier parce que ceux-ci lui envoyaient tous les soirs des francs-maçons et des curés avec lesquels il ne pouvait pas s'entendre.

Poulot a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

L'état de la victime est grave.

86. *Tentative d'homicide.* — Les habitants d'un immeuble situé 166, avenue d'Italie, étaient mis en émoi, la nuit dernière, par des cris d'appel, des gémissements poussés par des voix d'enfants. Ils se précipitèrent vers un logement du deuxième étage, d'où sortaient les cris angoissants. La porte fermée résista. Ils l'enfoncèrent. Leur intervention était opportune. Le locataire de l'appartement, qui, depuis la mort de sa femme, donnait des signes de dérangement cérébral, était devenu complètement fou ; et, au moment de l'arrivée des voisins inquiets, il se disposait à pendre ses deux fils, âgés de onze et treize ans, aux côtés du cadavre de son chien, qui se balançait déjà, sinistrement, à un clou.

Le dément fut ligoté, malgré sa vive résistance, et conduit au commissariat de la Maison-Blanche.

©BIUM

Le magistrat, M. Pelatan, l'a fait diriger sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du mardi 30 juillet 1907.)

87. *Menaces de mort.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du vendredi 9 août 1907) :

Il faisait horriblement chaud, hier, après midi, sous le vaste hall de la gare du Nord. Avec fracas, sifflant et grinçant, le rapide de Lille arrive; il s'arrête. Les voyageurs affairés quittent leur compartiment, s'empressant vers les issues, parmi le tohu-bohu de l'arrivée, les appels des hommes d'équipes, les wagonnets, roulant les colis.

Un homme, correctement vêtu, le chapeau haut de forme sur le chef, sans hâte, le sourire aux lèvres, descend d'une voiture de première classe. Il se dirige paisiblement vers le commissariat spécial de la gare, et là, saluant cérémonieusement M. Malet, les lèvres fendues dans un large sourire, les yeux écarquillés, il déclare sans préambule :

— Monsieur, j'ai les pieds sales...

Le magistrat le considère ahuri.

— Monsieur, je vous le répète, j'ai les pieds salés. Je vous prie donc de me faire servir un bain de pieds.

— Un bain de pieds! s'écrie en riant le commissaire.

— Ah! vous riez! Vous vous moquez de moi! Prenez garde!

L'impeccable monsieur sortit alors de la poche de son veston un petit revolver qu'il braqua sur M. Malet.

— Je vais vous brûler la cervelle.

M. Malet se précipita d'un bond sur le fou bizarre qui devenait dangereux, le désarma et le fit conduire, sous bonne escorte, à l'infirmerie spéciale du Dépôt. C'est un nommé Faron (Eugène), cinquante-trois ans, négociant, demeurant rue Nationale, à Lille. Le malheureux avait été plusieurs fois interné.

88. *Tentative d'homicide.* — Dans un immeuble d'humble apparence, rue Rouvet, à la Villette, habitaient les époux Ruolt. Léon Ruolt, employé aux Pompes funèbres, s'adonnait depuis quelque temps à la boisson. Amateur de mominettes et « de mêlé-cass », il désertait le domicile conjugal et passait toutes ses soirées chez le marchand de vin. Léon, époux modèle jadis, devint acariâtre, rancunier, violent. Sous l'excitation du poison funeste, il faisait de terribles scènes à son épouse affolée; il faillit récemment la tuer au cours d'une discussion.

La nuit dernière, l'ivrogne rentrait au logis, titubant, l'air sombre, l'injure aux lèvres.

— Encore dans cet état! lui dit M^me^ Ruolt. Cette vie ne peut pas durer; il faut que cela finisse!

©BIUM

— Ça va finir tout de suite! hurla Léon en furie.

Saisissant une chaise, il la lança sur sa pauvre femme à toute volée. Mme Ruolt, blessée, poussa des cris déchirants.

— Ah! tu te plains! Je vais te faire taire!

Le forcené terrassa la malheureuse sur le parquet et l'assomma à coups de pied, la piétina férocement. Mme Ruolt continuait à crier. Prenant alors la lampe allumée, qui était posée sur la table, le misérable la jeta sur sa femme. Heureusement il manqua son coup, mais le liquide en feu se répandit sur le parquet et un commencement d'incendie ne tarda pas à se déclarer.

Les voisins firent irruption chez les époux Ruolt et, après avoir arraché la pauvre femme des mains de la brute, réussirent à éteindre rapidement les flammes.

Les agents survenus purent difficilement maîtriser le forcené, qui, sous l'empire de l'alcool, était devenu fou furieux. M. Ducrocq, commissaire de police, l'a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du vendredi 16 août 1907.)

89. *Suicide.* — On télégraphie de Londres au *Matin* (numéro du mardi 20 août 1907) :

Un horrible drame vient de se dérouler, en présence de milliers de spectateurs, dans le village de Saggart, près de Dublin.

Une jeune domestique, nommée Minnie Hunt, âgée de vingt et un ans, avait dernièrement manifesté des signes de dérangement cérébral. Son état mental ayant empiré, elle fut enfermée samedi dernier dans un asile d'aliénés. Hier après-midi, toutefois, elle réussit à s'évader et se dirigea vers l'église du village. Après avoir pris la précaution de fermer la porte à clef derrière elle, la jeune fille grimpa jusqu'au sommet de la tour de l'église et apparut, aux yeux des paysans, assise sur le bord du parapet.

On essaya immédiatement de lui porter secours, mais la pauvre déséquilibrée menaça de se lancer dans le vide si l'on tentait de parvenir jusqu'à elle. Les spectateurs, de plus en plus nombreux de cette scène horrible, attendirent pendant deux heures le dénouement du drame. Minnie Hunt était toujours assise sur le parapet, lorsque, tout à coup, elle sauta dans le vide et vint s'abattre sur les dalles en face de l'église.

La mort fut instantanée, et le cadavre, mutilé, fut ramassé dans un état presque méconnaissable.

90. *Menaces de mort.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du samedi 24 août 1907) :

Une femme se précipitait, hier après-midi, rue Bobillot, en criant au secours. A ce moment passait M. Pélatan, commissaire de police du quartier de la Maison-Blanche.

©BIUM

Le sympathique magistrat courut à elle et l'interrogea. La femme raconta, en jetant autour d'elle des yeux inquiets, que son mari, Candide Rosier, palefrenier, demeurant 23, rue Thiers, était devenu subitement fou et que, armé d'un énorme couteau, il la poursuivait pour la tuer.

M. Pélatan appela un agent qui se trouvait à proximité et se rendit à l'adresse indiquée. Il y trouva effectivement un homme en chemise, armé d'un couteau, qui, hagard, cherchait de tous côtés celle qu'il avait choisie comme victime. Il parvint à le maîtriser, l'arrêta et l'envoya à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

91. *Infanticide et tentative de suicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du lundi 26 août 1907) :

37, rue de Fécamp, non loin de l'avenue Daumesnil, les époux Planson, mariés depuis dix ans, vivaient parfaitement heureux dans leur petit logement du troisième étage, dont les fenêtres s'ouvrent sur le bois de Vincennes.

Charpentier en fer à l'usine Pantz, boulevard de Picpus, le mari gagnait 4 fr. 25 par jour. La femme, née Louise Prévost, âgée de vingt-neuf ans, restait au logis. Ils avaient deux fillettes : une de quatre ans; l'autre, Henriette, née il y a deux mois et demi.

Depuis deux jours, la nouvelle accouchée ne mangeait plus. Elle élevait sa dernière au sein et paraissait souffrir de violents meaux de tête...

Hier soir, M. Planson, qui avait passé sa journée à la pêche, dans l'île des Corbeaux, à Saint-Maurice, en compagnie de son frère et de sa fillette de quatre ans, rentrait rue de Fécamp. Il était sept heures. Un rassemblemdnt énorme devant sa maison lui causa une profonde et douloureuse émotion.

Que s'était-il donc passé?

En haut, le pauvre homme faillit devenir fou de terreur et de désespoir. Durant son absence, M^me^ Planson, prise d'un accès d'aliénation mentale, s'était armée d'un rasoir et avait tranché la tête de la petite Henriette, dont le cadavre gisait sur le plancher, noyé de sang; puis, avec la même arme, elle s'était coupé profondément le poignet gauche.

C'est une voisine, venue par hasard, qui avait, la première, découvert cet épouvantable drame de la folie, que le D^r^ Abramoff, mandé pour les constatations, attribue aux suites d'une fièvre de lait.

M. Marie, commissaire de police, a fait transporter la blessée à l'hôpital Saint-Antoine, salle Cruvelhier, où elle est l'objet d'une surveillance de tous les instants.

92. *Suicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du vendredi 30 août 1907) :

©BIUM

Un locataire de l'immeuble portant le numéro 133 de la rue Marcadet, entrait hier en coup de vent. Sans mot dire, il monta l'escalier, les yeux hagards, la face convulsée; d'un furieux coup d'épaules, il enfonça la porte de son appartement, et s'avançant vers sa maîtresse, étonnée de tant de tapage, il lui donna l'ordre de sortir : « Va-t'en ou je te tue », lui cria-t-il. La malheureuse, affolée, craignant justement qu'il ne mît sa menace à exécution, s'enfuit dans l'escalier; à peine avait-elle descendu quelques marches, qu'une détonation retentissait; elle poussa un cri d'effroi, se croyant poursuivie par son amant; mais, en se retournant, elle aperçut ce dernier étendu sur le palier; de la tempe, un mince filet de sang s'échappait; le malheureux venait de se tirer un coup de revolver à la tempe.

On le transporta aussitôt à l'hôpital Lariboisière, où il succomba peu après; c'est un nommé Albert Girard, trente-deux ans, garçon de magasin.

93. *Tentative d'homicide.* — Un alcoolique invétéré, Louis François, quarante-deux ans, ouvrier raffineur, demeurant rue Curial, rouait de coups sa malheureuse femme Henriette.

A tout propos, le poing du mari s'abattait implacable, et les cris déchirants de l'épouse meurtrie ameutaient aux portes du palier les voisins apeurés. Chaque soir, François rentrait ivre; chaque soir, brutal et farouche, il frappait. Le sommeil des locataires était troublé par les scènes violentes qui, sans cesse, se rééditaient.

Un voisin, M. Jean Moreau, cinquante-deux ans, forgeron. plus intrépide que les autres, décida d'intervenir; la nuit dernière, entendant les cris de la femme martyre, il fit jouer, d'un coup d'épaule, la porte sur ses gonds et pénétra dans le domicile de François.

— Vous n'avez pas honte de frapper ainsi votre femme! s'écria-t-il, indigné.

Les yeux de l'alcoolique lancèrent un éclair, ses cheveux se hérissèrent; saisissant un couteau sur la table de la salle à manger, il bondit sur le forgeron :

— Voilà pour toi, canaille! hurla-t-il.

M. Moreau fit un saut en arrière et put ainsi échapper au coup mortel. Le couteau du fou furieux pénétra cependant dans la poitrine de l'infortuné voisin, qui dut aller se faire panser à l'hôpital Saint-Louis.

M. Ducrocq, commissaire de police, a envoyé le dangereux alcoolique, en raison de ses crises fréquentes, à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du dimanche 1er septembre 1907.)

94. *Parricide.* — On télégraphie de Nice au *Journal* (numéro du vendredi 13 septembre 1907) :

©BIUM

Un drame douloureux s'est produit, aujourd'hui, dans une maison de la rue des Potiers prolongée, où habitent la femme Assomption Bernardini, cinquante-cinq ans, veuve Ciribelli, ménagère, et son fils Joseph, vingt-deux ans.

Mme Ciribelli était assise dans sa cuisine, lorsque son fils se présenta soudain devant elle, un revolver à la main, et, sans proférer aucune injure, ni aucune menace, tira sur elle, à bout portant, deux coups de son arme.

La pauvre femme, atteinte à la poitrine, eut la force de se relever et de se rendre sur le palier, où elle perdit connaissance. C'est là que des voisins, attirés par le bruit des détonations, la trouvèrent baignée dans son sang. La malheureuse a été aussitôt transportée à l'hôpital Saint-Roch, où son état a été jugé très grave. On espère cependant la sauver.

Son coup fait, le meurtrier a pris la fuite et toutes les recherches opérées jusqu'à présent n'ont pu le faire retrouver. On croit que le malheureux a agi dans un accès de démence. Il donnait, en effet, depuis quatre ans, des signes de dérangement cérébral.

95. *Double tentative d'homicide.* — On télégraphie de Soissons au *Temps* (numéro du samedi 14 septembre 1907) :

Il y a quelques semaines, une femme Lefour, condamnée à quarante jours de prison, se rendait à Laon pour accomplir sa peine. Elle était obligée de laisser pendant près d'un mois et demi ses deux enfants : Marius, âgé de neuf ans, et René, âgé de sept ans.

Pour les soigner et faire les repas de son mari, elle installa chez elle sa sœur Juliette Tirfoin, âgée de quarante trois ans, qui venait de terminer un traitement à l'asile d'aliénés de Montreuil.

Elle paraissait complètement guérie et l'administration de l'hospice lui avait délivré un congé régulier.

Juliette Tirfoin prit donc la direction de la maison de sa sœur; pendant les premiers jours tout se passa bien, si bien que Lefour put s'absenter.

En l'absence du père, un des fils, âgé de quinze ans, employé dans une verrerie à Vauxrot, réclama impérieusement de l'argent à sa tante, menaçant même de tout briser s'il n'obtenait pas satisfaction.

Celle-ci eut une telle frayeur que son esprit se dérangea à nouveau et qu'une nouvelle crise de folie se manifesta. Elle conçut, dans sa démence, le projet de tuer ses petits neveux.

Hier matin, elle les saisit et les frappa à coups redoublés d'une hachette. A la vue du sang, la raison lui revint, elle pansa les pauvres petits en versant des torrents de larmes.

Puis la crise reparut, elle frappa de nouveau, et cette horrible

©BIUM

alternative de coups meurtriers et de soins dura toute la matinée.

Au dernier moment de lucidité, elle alla à la gendarmerie pour se dénoncer. Elle fut arrêtée, et les pauvres enfants, dont l'état est désespéré, ont été hospitalisés.

96. *Homicide et suicide.* — On télégraphie d'Annemasse au *Journal* (numéro du samedi 21 septembre 1907) :

Dans un accès de folie, un maître tailleur de Rapperswill, canton de Saint-Gall, a frappé son fils, âgé de dix-sept ans, de plusieurs coups de hache à la tête pendant qu'il dormait.

Son crime accompli, le père dénaturé, qui donnait des signes de dérangement mental, s'est jeté dans le lac et s'est noyé. Son cadavre a été retrouvé.

Résumé. — Nous avons recueilli dans les *Annales* de l'année 1907, 96 cas d'aliénés en liberté publiés dans divers journaux. Ces aliénés avaient commis les uns de simples excentricités ou des vols répétés, le plus grand nombre de véritables crimes : homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, incendies; enfin, comme tous les ans, les suicides, surtout les suicides précédés d'homicides, fournissent un sérieux contingent, ainsi que le prouve le tableau statistique suivant :

Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort	30
Homicides et suicides	21
Suicides et tentatives de suicides	19
Homicides	13
Excentricités et actes délictueux	11
Incendies	2
Total	96

Ainsi, sur 96 cas relevés, il y a eu 34 homicides — plus du tiers — dont 21 ont été suivis du suicide de l'aliéné après l'accomplissement de l'acte meurtrier. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des actes d'agression violente, etc. (au nombre de trente), ainsi que deux incendies. Ce qui importe surtout, c'est de compter le nombre des victimes faites par ces 96 aliénés en liberté. D'après notre relevé, il y a eu :

Tués	35
Morts par suicide	32
Blessés grièvement	28
Total	95

Ainsi notre statistique — avec les éléments restreints qu'il nous est possible de recueillir — donne, pour l'année 1907 :

©BIUM

35 personnes tuées par des aliénés en liberté, 28 blessées grièvement, dont plusieurs ont certainement succombé ultérieurement aux horribles blessures qui leur ont été faites ; enfin, 32 aliénés se sont suicidés, dont un grand nombre après avoir tué, soit leur femme, soit leur mari, soit leurs enfants, soit d'autres personnes de leur entourage.

Comme tous les ans, nous avons à signaler plusieurs cas où le même malade a fait plusieurs victimes, tuant successivement deux, trois, quatre personnes, le plus souvent ses enfants.

Comme tous les ans aussi, la plupart de ces crimes ont été commis par des aliénés qui, depuis longtemps, présentaient des troubles mentaux et qu'on aurait dû sequestrer sans attendre une explosion violente. Beaucoup avaient été déjà traités dans les asiles ; quelques-uns venaient à peine d'en sortir ou même s'en étaient évadés. A. R.

LE CERVEAU DE L'HOMME

Au cours du Congrès d'anthropologie qui vient de se tenir à Strasbourg, le professeur Stieda, de l'Université de Kœnigsberg, a fait une communication fort remarquée sur les circonvolutions du cerveau chez l'homme.

On sait que c'est une doctrine généralement admise que le cerveau est d'autant plus perfectionné qu'il est pourvu de plus de circonvolutions. Les vertébrés inférieurs, les poissons par exemple, ont le cerveau lisse, sans plis ni replis, et de façon générale le cerveau va se plissant de plus en plus à mesure que du poisson on passe au reptile, au batracien, à l'oiseau et au mammifère. C'est chez les mammifères que se trouvent les cerveaux les plus riches en circonvolutions.

On en a conclu que chez l'homme, il devait en être de même que dans la série animale, et que les sujets les mieux doués devaient avoir le cerveau le plus plissé. Ce n'est pas l'avis de M. Stieda.

Celui-ci a étudié de très près le cerveau d'un homme qui était véritablement exceptionnel, au moins à un point de vue : celui du polyglotte suédois Sauerwein, mort il y a trois ans, et qui était capable sinon d'écrire *de omni re scibili*, du moins de discourir à l'égard des choses qui lui étaient connues en cinquante-quatre langues différentes. Et cela tant en vers qu'en prose, en parole et avec la plume aussi bien.

Or, ce phénomène présentait bien quelques particularités cérébrales, mais celle à laquelle on se serait attendu le plus faisait défaut. On l'aurait cru pourvu d'une circonvolution du langage (la deuxième frontale gauche, ou circonvolution de

©BIUM

Broca) admirable; or, elle est très ordinaire. C'est pourtant là que les travaux de Broca semblaient permettre de localiser la faculté du langage, et il semblait qu'un polyglotte tel que Sauerwein devait posséder une circonvolution de Broca comme on n'en avait jamais vu. La constatation de M. Stieda vient tout à fait à l'appui de travaux qui depuis quelque temps, en France, ont fortement entamé la doctrine de Broca, en montrant que les faits lui sont opposés.

Etendant le champ de ses recherches, M. Stieda constate que le cerveau des sourds-muets, lui aussi, donne tort à la théorie édifiée par l'illustre anthropologiste; celui des femmes aussi. Car il est admis qu'elles parlent plus volontiers que l'homme, et pourtant leur cerveau n'est pas plus plissé que celui de ces derniers, dans la région de Broca.

M. Stieda, en terminant sa communication, a jeté l'émoi dans des camps très divers. Il a navré les pathologistes en leur affirmant qu'à l'heure présente, l'anatomiste ne peut, au simple examen, distinguer le cerveau de l'homme sain de celui du malade; il envoie une botte à M. Lombroso en déclarant impossible de distinguer le cerveau du criminel de celui de l'homme équilibré et moral; enfin, il s'attaque aux anatomistes — qui, d'ailleurs, se rangent assez volontiers à son opinion — en déclarant qu'on ne peut même pas distinguer le cerveau de l'homme de celui de la femme, du moins dans beaucoup de cas. En passant encore, il nargue les chiromanciens aussi bien que les anthropologistes en disant que le cerveau ne fournit pas plus d'indications sur les aptitudes intellectuelles que ne peuvent le faire les lignes de la main.

Les circonvolutions, dit-il, ne signifient rien; ou en tout cas, elles n'ont pas la signification qu'on leur a attribuée. Ce qui compte, c'est la substance grise du cerveau : la partie du cerveau formée par des cellules nerveuses. La partie blanche, formée de fibres et de conducteurs reliant les cellules entre elles et avec les nerfs, a un rôle distinct, important encore, mais secondaire. L'essentiel, c'est la substance grise, et c'est sur elle que devront porter les recherches pour arriver à mieux comprendre le cerveau de l'homme. (*Le Temps*, numéro du vendredi 23 août 1907.)

L'USAGE DE L'OPIUM EN INDO-CHINE

Le gouvernement, préoccupé de restreindre l'usage de l'opium dans nos possessions d'Extrême-Orient, a invité le gouverneur général de l'Indo-Chine à examiner le problème, et à lui indiquer les dispositions qui lui paraîtraient de nature à le solutionner.

©BIUM

M. Beau a fait savoir au ministre des Colonies que l'interdiction de l'opium pure et simple et sans transition présenterait, selon lui, de très sérieux inconvénients, en raison du mécontentement qu'on provoquerait chez les indigènes si on leur supprimait brutalement la possibilité de satisfaire leur passion. Il a ajouté que pratiquement cette prohibition était irréalisable tant que la Chine n'aurait pas supprimé complètement la culture du pavot. Enfin, il a fait observer que même si l'interdiction absolue et immédiate était possible, on devrait y surseoir jusqu'au moment où l'on aurait créé des ressources destinées à compenser la disparition des recettes que le monopole de cette drogue procure actuellement au budget général, recettes qui atteignent 7 millions de piastres, soit le quart environ des ressources totales.

Par contre, le gouverneur général s'est déclaré nettement partisan de la restriction progressive de l'usage de l'opium, en augmentant son prix dans une proportion différente pour chaque pays de l'union indo-chinoise, suivant que ce pays se trouve plus ou moins éloigné des contrées de production chinoise.

Dans ce but, il a pris, le 19 juin dernier, un arrêté qui augmente sensiblement le prix de la drogue, et qui aura pour résultat d'en restreindre l'usage, tout en sauvegardant les intérêts du Trésor, celui-ci réalisant de plus forts bénéfices sur les quantités vendues.

En outre, pour répondre aux vœux du gouvernement, M. Beau a interdit l'ouverture de toute fumerie d'opium sur le territoire de l'Indo-Chine.

Le premier de ces deux arrêtés a été pris par le gouverneur général dans la limite de ses attributions ; quant au second, qui modifie un règlement antérieur sanctionné par décret, il vient d'être approuvé par le Président de la République.

Mais le ministre des Colonies n'a pas pensé qu'on dût s'en tenir à ces mesures. Il a estimé qu'il était inadmissible que la France permît à ses fonctionnaires de donner à ceux auxquels ils sont chargés d'enseigner notre civilisation l'exemple de la plus funeste des habitudes ; il a, en conséquence, prescrit à l'administration locale d'interdire formellement l'usage de l'opium à tous les fonctionnaires et agents de tous rangs et de tous services, en spécifiant que ceux qui ne tiendraient pas compte de cette interdiction seraient privés de tout avancement jusqu'à complet amendement.

Enfin des instructions spéciales ont été données à M. Beau pour qu'il s'entende avec le gouvernement annamite en vue de faire prendre par celui-ci des mesures analogues à l'égard des fonctionnaires indigènes. (*Le Temps*, numéro du mercredi 28 août 1907.)

©BIUM

UNE ÉPIDÉMIE DE FOLIE MYSTIQUE EN ALLEMAGNE

La *Gazette de Cassel* relate les cas d'une curieuse contagion morale qui s'est propagée ces jours derniers à Cassel et dans les environs.

Dans un local de cette ville appelé la Croix-Bleue, deux pieuses Suédoises donnaient des réunions d'édification religieuse. Ces réunions présentèrent bientôt des symptômes d'exaltation collective qui rappellent celles de certaines sectes anglaises et américaines ou encore les fameuses scènes des convulsionnaires de saint Médard au XVIII^e^ siècle. Après une homélie, ceux des assistants qui se sentent touchés de la grâce se lèvent, confessent à haute voix leurs péchés tout comme au temps de la primitive Eglise. On entonne des cantiques; l'exaltation augmente, et voici le tableau qu'en retrace *de visu* le journal de Cassel :

« Une des personnes présentes tombe en extase, s'étend sur le sol, le corps agité d'un mouvement convulsif; les autres se réjouissent, car elles y voient la manifestation de l'esprit divin. Puis la frénésie saisit toute l'assistance. Hommes et femmes comme dans un accès se jettent sur le sol en battant des mains et en poussant des clameurs d'une voix déchirante. Puis ce sont les conversions subites. Un homme se débarrasse de son col et de ses manchettes et les dépose sur l'estrade en signe de renonciation, de même des femmes enlèvent leurs chapeaux.

« Ce ne sont que soupirs, larmes et invocations.

« Puis les convertis se prennent aux épaules et dansent en rond jusqu'à épuisement complet. »

A la suite de ces incidents, la police de Cassel a fermé le local de la Croix-Bleue; mais ces scènes se produisent maintenant dans les villages voisins. (*Le Temps*, numéro du mardi 20 août 1907.)

FAITS DIVERS

Aliénés et gardiens. — Un scandale, rappelant ceux qui éclatèrent il y a quelque temps à l'asile de Tours, vient de se produire à l'asile d'aliénés de Beauregard, près de Bourges.

Le nommé Désabres, originaire de Châteaumeillant (Cher), où il avait, dans un accès de folie subite, coupé la tête à sa petite fille d'un coup de hache, était interné depuis plusieurs années dans cet établissement et réputé pour un aliéné des plus dangereux. Aussi vivait-il la plupart du temps enfermé dans une cellule.

©BIUM

Plus calme depuis quelques semaines, il avait obtenu du directeur de l'asile l'autorisation de prendre ses repas en commun, lorsque, lundi soir, il se prit de querelle avec un de ses voisins.

Le gardien de service dans la salle, Auguste Gaumet, intervint pour séparer les adversaires, mais le fou tourna aussitôt sa colère contre lui et se mit à le frapper avec sa cuiller. Gaumet appela à son secours trois autres gardiens pour maîtriser Désabres, qui fut traîné hors de la salle et transporté dans une cellule.

Là se passa une scène de sauvagerie inouïe : les gardiens Gaumet et Cassier, furieux de la résistance opposée par Désabres, le frappèrent à coups de sabot et de soulier, et, lui brisant deux côtes, le laissèrent plus mort que vif.

Le Dr Homery, directeur de l'asile de Beauregard, fit aussitôt transporter le malheureux fou à l'infirmerie, où il lui prodigua ses soins, et s'empressa d'informer le parquet de Bourges, qui donna l'ordre d'arrêter les deux gardiens Gaumet et Cassier.

Les coups reçus par Désabres ne mettent pas sa vie en danger, mais il est couvert de contusions et a les dixièmes côtes droite et gauche fracturées. (*Le Temps*, numéro du vendredi 20 septembre 1907.)

Révolte d'aliénés criminels. — On télégraphie de New-York, le 23 août 1907 :

« Les aliénés criminels incarcérés à la prison de Dannemora, dans l'Etat de New-York, ont, au nombre de 300, attaqué hier les gardiens, qui se sont servis d'abord de la pompe à incendie pour les tenir en échec, mais ils ont dû recourir ensuite à leurs fusils.

« Ce n'est qu'au bout de deux heures que le calme fut rétabli. Les aliénés ont eu un tué et plusieurs blessés. »

Aliénation mentale et divorce. — Le *Journal de Monaco* publie le texte d'une ordonnance du prince établissant le divorce dans la principauté. La nouvelle loi diffère de celles promulguées à ce jour dans les autres pays en ce qu'elle admet comme causes de divorce l'aliénation mentale, l'épilepsie, le délire alcoolique et la syphilis.

Canton terrorisé. — Sous ce titre, on lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 22 septembre 1907), le fait divers suivant :

Depuis le mois de février dernier, le canton d'Anizy-le-Château (Aisne) est terrorisé par un malfaiteur qui s'est évadé de l'asile d'aliénés de Prémontré.

Les vols avec effraction, les menaces de mort proférées contre les vieilles femmes habitant dans des maisons isolées,

©BIUM

les apparitions subites suivies de razzias et enfin des viols de fillettes se succèdent sans interruption depuis six mois.

L'auteur, Lefèvre, bien connu des victimes, est néanmoins insaisissable; les conseils municipaux des communes terrorisées viennent de voter diverses sommes destinées à celui qui parviendra à arrêter Lefèvre.

Sur les murs d'Anizy-le-Château, le maire, M. Thévenin, a fait placarder l'avis suivant:

« Une somme de 120 francs sera remise par moi à la personne qui arrêtera ou fera arrêter le nommé Lefèvre (Paul-Lucien), dit Brabant, âgé de vingt-cinq ans, qui depuis trois mois est la terreur des villages du canton d'Anizy et des cantons voisins.

« Taille : 1 m. 50; cheveux et sourcils noirs, front découvert, teint assez coloré, larges épaules, tatoué sur le bras gauche. »

Incendie dans un asile d'aliénés. — Le feu s'est déclaré cette nuit à l'asile des aliénés de Privas, qui compte plus de mille hospitalisés.

La boulangerie a été entièrement détruite. Un important stock de farines et une grande quantité de linge ont été brûlés. Grâce aux prompts secours des pompiers et du personnel de l'établissement, les malades couchés dans les dortoirs voisins du bâtiment incendié ont pu être isolés. Pas d'accident. (*Le Temps*, numéro du 6 octobre 1907.)

Inauguration du nouvel asile d'aliénés de Vienne (Autriche). — On télégraphie de Vienne au *Temps* (numéro du jeudi 10 octobre 1907) :

« L'archiduc héritier François-Ferdinand, représentant l'empereur, a assisté hier à la pose de la dernière pierre et à l'inauguration du nouvel asile d'aliénés de la ville de Vienne et de la Basse-Autriche. Cet établissement, une merveille d'organisation, établi dans le système de pavillons entourés de jardins, a été construit entièrement à neuf sur le plateau sud-ouest, tout en haut de la ville. Le corps diplomatique, à la tête duquel figuraient le nonce, Mgr Granito di Belmonte, et l'ambassadeur de France, M. Crozier, était présent, ainsi qu'un grand nombre de membres du Conseil municipal et de la Diète de Basse-Autriche. »

Incendie dans un hospice, causé par un aliéné. — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 14 octobre 1907) :

Ce matin, à une heure et demie, un incendie s'est déclaré dans les dépendances de l'hospice civil de Lens.

Un ouvrier mineur, aliéné, âgé de soixante-trois ans, en observation depuis jeudi, a été complètement carbonisé. On se demande comment il a pu mettre le feu à son cabanon. On cherche à s'assurer si, insuffisamment fouillé et gardé, il n'aura pas conservé par devers lui des allumettes.

©BIUM

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Année 1908.

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Aubanel. — 1.200 francs. — Question : *Des amnésies dans les lésions organiques et traumatiques du cerveau.*

Année 1909.

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1905 et en 1906, dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Prix Semelaigne. — 500 francs. — Question : *Histoire de l'origine et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale.*

Année 1910.

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Belhomme. — 900 francs. — Question : *Du rôle comparatif de la syphilis et de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie.*

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1907, pour les prix à décerner en 1908, le 31 décembre 1908 pour les prix à décerner en 1909, et le 31 décembre 1909 pour les prix à décerner en 1910, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE VIe VOLUME DE LA NEUVIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

PAGES

Le XVIIe Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Session de Genève-Lausanne; août 1907; par le Dr E. Lallemant 177

Association amicale des médecins des établissements publics d'aliénés 221

II. — Pathologie.

Les troubles phonétiques dans la démence précoce; par le Dr Roger Mignot 5

Encore la question de la démence précoce (*suite et fin*); par le Dr Soutzo fils 28

Ivresse psychique avec transformation de la personnalité, d'après le Dr Paul Garnier; par le Dr G.-G. de Clérambault. . 228 et 377

Stigmates anatomiques de dégénérescence dans un groupe d'aliénés; par le Dr Lucien Lagriffe. 353

III. — Statistique.

Enquête sur l'importance du rôle joué dans l'aliénation mentale par l'alcool et les boissons à base d'alcool contenant des essences. Rapport présenté au Président du Conseil, ministre de l'Intérieur; par M. Mirman. 246

IV. — Médecine légale.

Un cas d'épilepsie larvée; par le Dr H.-O. Schlub. 48, 253 et 405

V. — Établissements d'aliénés.

Le registre d'observations; par le Dr G. Hospital. 417

©BIUM

VI. — Revue critique.

PAGES

Les maladies mentales dans les pays tropicaux; par le Dr Juliano Moreira et Afranio Peixoto 58

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance solennelle du 29 avril 1907. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Pottier, Sérieux, Hans Evensen, Erwin, Stransky. — Mort de M. Ch. Féré : M. Deny. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Hans Evensen; élection. — Rapport de M. Vigouroux sur la candidature de M. Rémond; élection. — Rapport de M. Vallon sur la candidature de M. Duhem; élection. — Rapport de la Commission du prix Belhomme : M. Sérieux. — Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours) : M. Vigouroux. — Rapport de la Commission du prix Semelaigne : M. Sollier. — Le placement des aliénés difficiles. Vote d'un vœu. — Nomination d'une commission chargée d'étudier le projet de loi sur les aliénés, voté par la Chambre des députés. 75

Séance du 27 mai 1907. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Vigouroux, Duhem, Rémond, Doury, Marchand, Roger Voisin, Hartenberg, Maurice Olivier, Marie. — Surdité complète par lésion bilatérale des lobes temporaux. Troubles aphasiques concomitants, par MM. J. Charpentier et Halberstadt. — De l'involution présénile dans la folie maniaque-dépressive. Discussion : MM. Arnaud, Deny. 98

Séance du 24 juin 1907. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Bussard, Dupouy, Antonini, Del Greco. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Hartenberg; élection. — Rapport de M. Toulouse sur la candidature de M. Olivier; élection. — Traumatismes craniens et troubles psychiques, par M. A. Vigouroux. Discussion : MM. Picqué, Pactet, Vallon 266

Séance du 29 juillet 1907. — Mort de M. J. Christian : MM. Deny, Ritti. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Hartenberg, Olivier, Marchand, Deny. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Bussard; élection. — Rapport de M. Vigouroux sur la candidature de M. Dupouy; élection. — Traumatismes craniens et troubles mentaux, par M. L. Picqué. Discussion : MM. Vigouroux, Picqué, Briand 275

II. — Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX ALLEMANDS (1903).

(Anal. par les Drs Adam et Soutzo fils.)

Pathologie du sentiment de reconnaissance. 108

Etats crépusculaires dans l'hystérie avec symptôme du « parler à côté » 109

©BIUM

PAGES

Troubles de la marche latérale chez les hémiplégiques. 110
Action de l'hédonal sur l'organisme des animaux. 110
De la régénération autogénique des nerfs. 111
Complication extraordinaire d'un accès de migraine. 111
Un réflexe auriculaire. 112
Les cheveux chez les aliénés. 112
Biologie et fonction des cellules nerveuses corticales. 113
Réflexe acromial et réflexe carpométacarpien 115
Physiologie des réflexes tendineux 115
Incontinence d'urine et paralysie des extrémités à la suite de foyers de ramollissement dans les ganglions subcorticaux 116
Un cas d'acromégalie. 116
Autocytotoxine et anti-autocytotoxine spécifique dans le sang des épileptiques. . . . . 117 et 130
Nouvelles considérations sur le traitement diététique de l'épilepsie. 119
Existe-t-il chez les mammifères des fibres nerveuses sensitives ayant une origine phériphérique ? 120
Psychose causée par une anémie pernicieuse 120
Contribution à la pathologie des maladies toxiques du cerveau . . 121
Du poids de l'encéphale et de ses diverses parties chez le nourrisson et les enfants de divers âges. 123
La cytodiagnose du liquide cérébro-spinal. 125
De la valeur diagnostique des irrégularités du bord de la pupille dans les maladies nerveuses 126
Pathogénie du délire caractéristique des paralytiques. Recherches psychologiques expérimentales sur la démence paralytique . . 127
Contribution à la pathologie de la tétanie, et remarques sur la composition chimique des vaisseaux athéromateux de l'encéphale. 128
Etude anthropologique de la moelle 128
Teneur en fibres nerveuses d'un cerveau normal et d'un cerveau de paralytique général. 129
Etat des réflexes (musculaires et autres) de la face dans la démence paralytique 131
Des lésions corticales circonscrites dans la région motrice chez l'homme. 131
Le véronal. 132
Etiologie et symptomatologie de la claudicatiom intermittente . . 132
Un cas de syringomyélie avec chéiromégalie 133
Un cas d'agraphie isolée, avec perte de la faculté de se souvenir. 134
De la rigidité pupillaire réflexe, et du réflexe cortico-cérébral de la pupille 134
Contribution à l'étude des réflexes cutanés des membres inférieurs et spécialement du réflexe de Babinski. 136
Sur la doctrine de la démence précoce. 461
Sur un délire consécutif à l'abus de l'hyoscine 462
Contribution à la connaissance des mouvements de l'iris. 463
Sur la maladie de Raynaud 463
Des idées délirantes intestinales dans la folie maniaco-dépressive. 463
Des essais avec le véronal dans les états d'agitation paralytique. 464
Le traitement par la gymnastique dans le bain. 464
L'importance de la ponction lombaire en psychiatrie. 465
A propos de l'article de Kronthal « Cellule et psychose ». 471
Un cas d'intoxication par le véronal. 472
La symptomatologie de l'encéphalite, spécialement sur une forme épileptique de cette maladie. 472
Psychiatrie comparée. 472
Le délire alcoolique fébrile de Magnan. 473
Quelques considérations sur le substratum analytique de l'idiotie. 474

©BIUM

PAGES
La fuite des idées (*Ideenflucht*) dans la manie. 475
Sur le problème de la paralysie générale stationnaire. 475
Anciens déments précoces. 475
Sur le pronostic de la poliencéphalite hémorragique supérieure. . 476
Symptômes apraxiques dans un cas de démence sénile. 476

JOURNAUX ITALIENS (1903).

(Anal. par les Drs A. CHARON et L. WAHL).

Sur la microgirie. Rigidité spasmodique infantile. Syndrome de Little. 285
Les altérations de la respiration chez les mélancoliques et les paralytiques. 286
Notes anatomiques et histologiques sur quelques cas d'anencéphalie et d'amyélie. 286
De l'hérédité et de quelques symptômes cliniques en rapport avec la pathogenèse des phrénasthénies. 287
Etudes hématologiques sur la mort par inanition. 287
Sur les altérations des fibres nerveuses spinales et des ganglions intervertébraux dans quelques formes de psychoses chroniques. 288
Le lacis nerveux péricellulaire dans le cortex cérébral. 288
Le tatouage en Sardaigne. 289
Note anatomique et histologique sur un cas de microcéphalie vraie et un cas d'hydrocéphalie interne congénitale. 289
Sur le phénomène de la myasthénie chez les épileptiques. . . . 290
Contribution à l'étude de l'appareil réticulaire dans les muscles striés de quelques mammifères. 290
Du prétendu neurocoque de Bra dans le sang des épileptiques . . 290
Sur les conditions psychiques de R. A.... 290
De quelques caractères psycho-physiques de la femme. 290
Un cas de suicide à deux. 291
Sur les pouvoirs synthétiques chez les épileptiques 291
Sur les pouvoirs oxydants des épileptiques. 291
Intoxication chronique par l'héroïne (héroïnisme). 292
Contribution à l'étude de la polymastie 292
Pour la diagnose et la prognose des maladies mentales 292
Sur la phrénose maniaque-dépressive. 293
Néologismes et écriture dans la démence paranoïde 293
Les conditions des médecins et des infirmiers des manicomes en Italie. 293
La folie dans la province de Ferrare. 294
Un cas de torticolis mental. 295
Dyscinésies épisodiques en pathologie mentale. 295
Importance médico-légale de l'hystérisme traumatique en rapport avec la débilité mentale 294
Comme quoi l'anthropologie criminelle peut révéler la culpabilité ou l'innocence d'un homme même à l'état de squelette. 434
La délinquance chez les aliénés sardes. 435
L'argot des criminels expliqué par l'ethnographie comparée . . . 436
Deux cas de perversion sexuelle 436
La fossette occipitale médiane chez les fous et en particulier chez les fous épileptiques. 437
Le réflexe de Babinski chez les pellagreux. 438
Contribution à l'étude de la folie simulée. 438
Epilepsie psychique avec amnésie retardée. 438

©BIUM

PAGES

A propos d'une modification du traitement électrique dans la paralysie faciale périphérique. 439
Sur une forme rare de tic de la langue comme signe précoce et fréquent de la paralysie générale progressive. 440
Remarques relatives à un cas de blépharospasme unilatéral probablement de nature épileptique. 440
Syndrome associé tabéto-basedowien. 441
La pause et les mouvements terminaux dans l'asphyxie; les centres respiratoires spinaux. 441
La ressemblance physique devant les tribunaux. A propos du procès Kévilecki à Berlin 442
Procès intenté au sénateur d'Antona. 442
Mort par hémorragie ou par asphyxie. 443
L'erreur sur la personne dans la jurisprudence. 443
Sel et pellagre. 443
Névrose et résidence forcée. 443
Difformité congénitale par influence psychique de la grossesse . . 444
Sécrétion lactée chez des pédérastes passifs. 444
Le profil de la plante des pieds chez les dégénérés chez les races inférieures. 444
Criminel-né voleur et assassin. 445
Distribution régionale de la génialité en Italie. 445
Phrénasthénie congénitale (imbécillité). 446
Syndrome oculaire de Claude Bernard-Horner comme stigmate somatique fréquent de dégénérescence surtout chez les épileptiques. 446
Contribution à l'étude dc la sensibilité aux vibrations du diapason. 447
Symptomatologie du tabes, surtout dans ses formes aiguës. . . . 448
Cas de paroxysmes hystériques formés de spasmes rythmiques cloniques. 448
Six nouveaux cas de pseudo-hermaphrodisme. 449
Cas de suicide par coup de feu déchargé dans le dos. 449
Méthode employée par un faussaire pour altérer les empreintes des timbres 449
Nouvelle méthode pour le diagnostic spécifique de sang humain. 450
Réflexe sexuel par l'excitation des lèvres. 450
Sur la nécessité de la relégation perpétuelle des délinquants épileptiques 450
Sur la pathologie du goitre et du crétinisme 450
Folie et dégénérescence chez les soldats et les carabiniers royaux. 451
A propos de quelques signes tératologiques des mains et des pieds. 451
Voleur, fou moral. 451
Epilepsie paranoïde 452
Inégalité pupillaire alternante. Contribution à l'étude des actions musculaires automatiques et des énergies spécifiques. 452
Gigantisme partiel chez un épileptique. 453
Vol par un lieutenant dipsomane 454
Quelques expériences en faveur du siège cortical des myoclonies et des chorées. 454
Observations microscopiques sur le poumon asphyxique en rapport avec la pression sanguine de la petite circulation. 454
Une famille asphyxiée par le gaz d'éclairage. 455
Identité ou dissemblance photographique. 455
Limites de la gratuité des expertises dans les causes criminelles. 455
Influence de la liberté et de la race sur le génie. 456
Travail artistique d'un détenu. 456
Le cas Olivo. 456
Action des réactifs décalcifiants injectés dans la carotide vers les centres nerveux 457

©BIUM

PAGES
Hémiplégie motrice récidivante prémonitoire d'accès d'épilepsie bravais-jacksonienne 458
A propos de la casuistique de l'acroparesthésie; recherches sur la sensibilité objective 458
La dissociation électrique et la toxicologie de l'argent, du cuivre et du mercure. 460
Sur la folie morale chez les animaux. 461
Asymétrie du crâne chez le cheval. 462

JOURNAUX AMÉRICAINS (1905).

(Anal. par le Dr V. PARANT.)

Cinquante années de psychiatrie. 296
Sur la calcification des capillaires cérébraux 296
Les méthodes de la psychiatrie contemporaine 296
Remarques sur la folie et l'épilepsie, en ce qui concerne la durée de la vie 296
Quelques remarques sur les progrès de la psychiatrie. 296
Tabes dorsal et paralysie générale. 297
Mesures comparées de la voûte palatine chez les faibles d'esprit et chez les normaux 297
Troubles intellectuels associés à l'artério-sclérose cérébrale. . . 297
Psychose de Korsakoff. Cinq observations 298
Hallucinations visuelles chez une malade atteinte d'amblyopie croisée; lésions du lobe occipital; atrophie des faisceaux optiques. 298
Cytodiagnostic en psychiatrie 298
Extension du traitement sous la tente à une nouvelle catégorie d'aliénés 298
Le problème de la psychiatrie dans les psychoses fonctionnelles. 299
Effets de l'exercice sur le retardement dans les états de dépression. 299
La démence précoce en France. Quelques indications sur la fréquence du diagnostic de cet état en Amérique. 299
Etude des idées somatiques dans diverses psychoses. 300

III. — Bibliographie.

Des anesthésies psychiques dites nerveuses ou hystériques. Etude historique, clinique, expérimentale et critique; par le Dr Paul Blum (Anal. par le Dr Cullerre.). 138
Les fonctions du système nerveux central. Traité; par le Dr Lewandowsky (Anal. par Jules Soury.) 301
Statistique des alcooliques traités à l'asile cantonal des aliénés de Genève de 1901 à 1906; par le Dr G. Weber (Anal. par le Dr Ed. Borel 317
L'écorce cérébrale. I. Développement, morphologie et connexions des cellules nerveuses; par le Dr Ch. Bonne (Anal. par le Dr Victor Parant.). 321
La dissociation d'une personnalité. Etude biographique de psychologie anormale; par le Dr Morton (Anal. par le Dr Cullerre.). 325
Etude de la nature intime de la vie de l'âme et de l'esprit humain. Abrégé d'une philosophie de la pensée; par le professeur Dr Berthold Kern. (Anal. par le Dr Ph. Chaslin.). 328

©BIUM

PAGES

Conditions générales de l'organisme associées à la folie; leur exposé; leur signification; par le Dr H. A. Tomlinson (Anal. par le Dr Cullerre.) 330

L'expression des émotions; par le Dr Urban (Anal. par le Dr Cullerre.) 331

L'assistance des aliénés en France, en Allemagne et en Suisse; par le Dr Paul Sérieux (Anal. par le Dr Henri Nouet). 477

Revue des thèses de la Faculté de Lyon. Année scolaire 1904-1905 (Anal. par le Dr Th. Faty). 488

L'alcool et les maladies du système nerveux; par le prof. L. Bianchi (Anal. par le Dr Lucien Lagriffe). 495

Sur les altérations du système nerveux dans le myxœdème post-opératoire et sur la fonction de l'hypophyse; par le Dr Guido Garbini (Anal. par le Dr Lucien Lagriffe). 498

Les enfants vagabonds aliénés; par le Dr Victor Parant fils (Anal. par le Dr Georges Vernet). 499

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . . 141, 332 et 500

ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. — Assemblée générale du 29 avril 1907 145

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Chocreaux, Terrade, Plantié, Rodiet, Coulonjou; Mmes Delaunay, Déchelotte, Amélie et Françoise Marchal. — Martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — Commission d'études pour établir le programme d'éducation des pupilles difficiles ou vicieux. — Secret professionnel. Certificat. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Tribunaux. — Faits divers. — Programme du XVIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Genève et Lausanne, du 1er au 7 août 1907. 153

Nominations et promotions : MM. Gilbert Ballet, Baudard, Raviart, Lagriffe, Aubry, Truelle, Arsimoles, Boucher, Broquère, Pichenot, Lallemant, Giraud, Hamel, Dide, Charpentier. — Nécrologie : Jules Christian. — La revision de la loi de 1838 au Sénat. — Arrêté du ministre de l'Intérieur relatif au recrutement des médecins des asiles d'aliénés de la Seine. — Les suicides en France pendant l'année 1905. — Criminalité et alcoolisme. — La folie chez les Abyssins. — La folie de l'empereur d'Annam (*suite*). — Les aliénés en liberté (*suite*). — Faits divers. — Troisième Congrès international pour l'assistance des aliénés. Vienne, du 7 au 11 octobre 1908. 333

Arrêté ministériel relatif à un concours pour les postes de médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine. — Concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Le cerveau de l'homme. — L'usage de l'opium en Indo-Chine. — Une épidémie de folie mystique en Allemagne. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique. 503

Table des matières du tome VI de la 9e série 522

Le rédacteur en chef-gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.